WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LIPIEC—SIERPIEŃ

ROK VI 1934 NUMER 4

Dr. G. WOLFSOHN, Poliklinika Chirurgiczna, Berlin.

USZKODZENIA TKANKOWE WSKUTEK ZNIECZULENIA MIEJSCOWEGO.

(Referat według Chirurg. 1932, tom 21).

W rękach doświadczonego i ostrożnego lekarza-praktyka stanowi znieczulenie miejscowe metodę pozbawioną wszelkiego niebezpieczeństwa. Zdarza się jednak czasami, że znieczulenie miejscowe wywołuje niepożądane zaburzenia tkankowe. Jako czynniki etjologiczne tych powikłań mogą wchodzić w rachubę następujące trzy okoliczności: 1) bodźce chemiczno-fizyczne; 2) zakażenia bakteryjne, 3) miejscowe zaburzenia krążeniowe. Objawy podrażnienia chemicznego przypisywano wielokrotnie zupełnie niesłusznie wstrzykniętemu środkowi znieczulającemu, niesłusznie, gdyż wieloletnie doświadczenie kliniczne wykazało w sposób przekonywujący, że Novocaina jest bardzo skutecznym a zupełnie nieszkodliwym środkiem znieczulającym; nie należy przytem, oczywiście, przekraczać dozwolonych stężeń i określonych dawek najwyższych. Ponadto należy stosować Novocainę tylko w opakowaniach oryginalnych, które jedynie dają bezwzględną pewność otrzymania leku idealnie czystego pod względem chemicznym. W ostatnich czasach wprowadzono do powszechnego użytku bardzo dużo różnych preparatów dla znieczulania powierzchniowego błon śluzowych; znaczna część tych nowych przetworów nie pozyskała jednak ogólnego uznania i nie znalazła szerszego zastosowania. Większość doświadczonych chirurgów pozostaje już od wielu lat nadal wierna Novocainie, co jest najlepszym dowodem jej niezawodnej skuteczności i nieszkodliwości. W całem piśmiennictwie światowem nie znajdujemy ani jednego doniesienia o tem, aby Novocaina przy właściwem dawkowaniu i wskazaniu wywołała jakiekolwiek objawy miejscowego uszkodzenia tkanek.

Podobnie doskonałą tolerancją wyróżnia się również i Suprarenina, jeżeli przestrzegać dawkowania przepisanego przez *Brauna* (16 kropel na 100 cm^3 płynu) i jeżeli zawsze uwzględniać silnie anemizujące działanie tego związku. Przy

patologicznej chwiejności naczyń, zwłaszcza przy chorobowej skłonności do skurczów naczyniowych, Suprarenina może wywołać silniejsze niż się przewidywało miejscowe niedokrwienie tkanek.

Przedawkowanie Suprareniny, jakie zdarza się czasami podczas operacji wskutek niedostatecznej uwagi personelu pomocniczego, może, oczywiście, wywołać ciężkie uszkodzenie tkanek; dotyczy to zwłaszcza tkanek mocno napiętych, jak dziąsła, podniebienie, palce i t. p. Autor jest zdania, że często obserwowane, bezkrytyczne dodawanie kroplami adrenaliny bez ścisłego obliczenia, bywa przyczyną zaburzeń, których można i należy unikać.

W pierwszym okresie wprowadzenia do lecznictwa znieczulenia miejscowego, gdy stosowano jako rozczynnik zwykłą wodę przekroploną, obserwowano nierzadko dość ciężkie zaburzenia tkankowe, które zależały od nieprzestrzegania izotonji. Obecnie uchodzi za rzecz zrozumiałą samą przez się, że Novocainę należy rozpuszczać tylko w izotonicznych roztworach solnych, czyli w 0,85%-owym roztworze NaCl. Jeżeli się trzymać tego przepisu, to objawy tkankowe podrażnienia chemicznego lub fizycznego są minimalne, albo przeważnie nie występują nawet wcale. Niestety, jeszcze i obecnie zdarzają się przypadki nieprzestrzegania omawianego prawidła, dotyczącego izotonji. Tak np. *Wolfsohn* opisuje, jak w pewnym zakładzie chirurgicznym tamtejszy chirurg rozcieńczał 2%-owy roztwór Novocainy wodą przekroploną aby otrzymać roztwór ½%-owy. Oczywiście, że to czterokrotne rozcieńczenie wytworzy zupełnie inne stosunki izotonji i wywoła bolesne podrażnienie tkanek.

Do podrażnień chemiczno-fizycznych należy następnie zaliczyć zbyt duże napięcie tkanek. Pod tym względem popełnia się szczególnie dużo błędów, znacznie więcej niż o tem wspomina odnośne piśmiennictwo lekarskie. Dotyczy to zwłaszcza napiętych części tkanek ze słabem krążeniem.

Do uszkodzeń tkankowych po znieczuleniu miejscowem należą następnie i krwawienia pooperacyjne. Również i to przykre powikłanie zdarza się najczęściej w mocno napiętych tkankach (palce, zębodoły). Z bodźców chemicznych należy tu wreszcie wspomnieć jeszcze o środkach stosowanych dla odkażania, a przedewszystkiem o nalewce jodowej. Jeżeli pierwsze nakłucie wykonać w czasie, gdy znajdująca się na skórze jodyna jeszcze nie zdążyła wyschnąć, to niewielka ilość nalewki jodowej może przeniknąć do kanału nakłucia i wywołać objawy podrażnienia. Należy przeto przeczekać, aż jodyna wyschnie zupełnie. Rozumie się samo przez się, że nie wolno również dopuszczać do zetknięcia się strzykawki lub igły z alkoholem. A jest to błąd bardzo rozpowszechniony w technice znieczulania miejscowego! Przy stosowaniu gorących roztworów mogą również wchodzić w rachubę uszkodzenia termiczne.

Opisywano również i zakażenia bakteryjne jako skutek znieczulenia miejscowego; uzależnianie jednakże infekcji od znieczulenia należy stanowczo uważać za zupełnie nieuzasadnione, gdyż przy właściwym sposobie przygo-

towania, roztwór Novocain-Suprareniny, przeznaczony do wstrzyknięcia, jest bezwzględnie jałowy i nie może wywołać żadnego zakażenia. Dotyczy to zarówno gotowych ampułek jak i roztworów świeżo przygotowanych z tabletek. Opisane w piśmiennictwie przypadki uszkodzenia tkanek, wywołanego przez zakażenie, nie wytrzymują ścisłej krytyki i należy je według wszelkiego prawdopodobieństwa uzależnić od innych przyczyn. Przedewszystkiem nie wolno zapominać, że również i przy zabiegach aseptycznych zdarzają się czasami przypadki zakażeń przyrannych. Przyczynę tego niezawsze udaje się wykryć. W ciągu 25 lat swej chirurgicznej działalności autor widywał czasem po całkowicie aseptycznie dokonanych operacjach (np. przepukliny) ciężkie zakażenia, zwłaszcza beztlenowcami, które początkowo usiłowano wytłumaczyć znieczuleniem miejscowem. Jednakże powikłania takie zdarzały się również i przy uśpieniu ogólnem! Należy przeto być bardzo ostrożnym z oskarżaniem znieczulenia miejscowego. W przypadkach złego odżywiania tkankowego może się zdarzyć zupełnie samoistna zgorzel płatów skórnych. Przy wszelkich przeto cięciach płatowych i zabiegach plastycznych, które utrudniają w danym odcinku krążenie krwi, należy znieczulenia miejscowego unikać. Jeżeli zachodzi potrzeba wstrzykiwania w pobliżu otorbionych ognisk zapalnych, wówczas wskazanem jest łączyć Novocainę z Rivanolem.

Stosunkowo mało zbadane jest jeszcze niebezpieczeństwo grożące chorym z zaburzeniami naczynioruchowemi i trofoneurotycznemi. Szczególna chwiejność naczyń i skłonność do nadmiernych skurczów warunkują, oczywiście, znaczne niebezpieczeństwo dla miejscowej przemiany materji. W ten sposób może się łatwo przytrafić, że zwłaszcza dodatek Suprareniny wywoła zupełnie niespodziewanie niepożądane objawy uboczne. Skurcz naczyń krwionośnych i włośniczek może się okazać niezwykle silnym i uporczywym, co przyczynia się do dłuższego zatrzymania środka znieczulającego w miejscu wstrzyknięcia i doprowadza do miejscowych zaburzeń przemiany materji, które mogą się spotęgować aż do objawów martwicy tkankowej.

Dr. RENATO KEHL. Akademja Lekarska w Rio de Janeiro.

KILKA UWAG W SPRAWIE RAKA.

(Referat według Revue des Progrès Thérapeutiques 1934, Nr. 1).

Z pośród klęsk społecznych ludzkości największą uwagę skupia ostatnio na sobie rak. Wszystkie największe wysiłki medycyny są skierowane przeciwko tej strasznej chorobie. Walka z rakiem okazała się jednakże zadaniem bardzo trudnem i nie daje narazie oczekiwanych wyników. Broń, którą posiadamy do walki z rakiem, jest stosunkowo słaba i wymaga dalszego udoskonalenia.

Jedna z przyczyn trudności skutecznej walki z rakiem polega na zupełnej nieznajomości etjologji nowotworów złośliwych. Musimy się szczerze przy-

znać, że wszystkie poglądy wygłaszane na temat etjologji raka przedstawiają właściwie jedynie hipotezy. Niedawno jeden ze znanych specjalistów zajmujących się zagadnieniem raka wyliczył 15 różnych teoryj, omawiających sposób powstawania raka. Niektóre z tych teoryj opierają się istotnie na mniej lub więcej uzasadnionych podstawach, lecz wszystkim im stanowczo brak ścisłych i przekonywujących dowodów, tak że żadna z nich nie mogła sobie pozyskać ogólnego uznania. Po tak długich i żmudnych badaniach wydaje się, że udało się ustalić jako niewątpliwy następujący fakt: rak nie jest zagadnieniem morfologicznem, histopatologicznem i klinicznem, lecz stanowi problemat biologiczny i wymaga w związku z tem dla swego wyjaśnienia zastosowania zasad i metod biologji ogólnej.

Profesor *Caspari* z Frankfurtu nad Menem, jeden z najbardziej doświadczonych specjalistów w dziedzinie badań nad rakiem, uważa za główną przyczynę powstawania raka podrażnienia cytolityczne, które wytwarzają związki niszczące, o cechach hormonalnych. Wobec tego, że związki te wywołują częściową śmierć komórek, nazwano je nekrohormonami. Nekrohormony wykazują działanie miejscowe i ogólne, po przeniknięciu zaś do obiegu krwi wpływają wybitnie ujemnie na cały ustrój.

Nekrohormony wywołują, odpowiednio do stopnia swego stężenia, zjawiska podziału lub bujania jednych komórek, oraz zniszczenia innych, przyczem rozpad komórek przebiega z jednoczesnem nowotworzeniem nekrohormonów. W ostatecznym wyniku swego zgubnego działania nekrohormony wywołują znaczny rozrost komórek wokoło części podrażnionej.

Niezbędnym warunkiem dla powstania omawianego podrażnienia cytolitycznego i wytwarzania się nekrohormonów jest istnienie w ustroju odpowiedniej skłonności. Nie każde podrażnienie wywołuje raka, gdyż według ogólnie uznanego poglądu „przyczyna raka pochodzi nie z zewnątrz lecz tkwi wewnątrz organizmu". Dla powstania zwyrodnienia rakowatego potrzebne są warunki szczególne, przedewszystkiem usposobienie dziedziczne, wiek, awitaminoza, niektóre choroby i przewlekłe podrażnienia. Miss *Slye* wykazała doświadczalnie, że dla wytworzenia się w ustroju nowotworu złośliwego musi istnieć w organizmie dziedziczne usposobienie miejscowe i dziedziczne usposobienie ogólne. *Caspari* uzupełnia poglądy miss *Slye*, że nie wolno przytem wyłączać nabytego usposobienia miejscowego i nabytego usposobienia ogólnego.

Analogicznie do usposobienia do raka istnieje również i naturalna odporność. Na uwagę zasługuje przytem fakt paradoksalny, że osoby zdrowe i silne częściej padają ofiarą raka niż osoby wątłe i słabowite. Najmniejszą skłonność do zmian rakowatych wykazują chorzy na gruźlicę, u których rak należy do wyjątkowych rzadkości.

Czynnikiem najważniejszym jest, jak już zaznaczyliśmy, dziedziczność. Osobnik może być nadzwyczaj silny, jeżeli jednak już od urodzenia tkwi w nim nieuchwytny zarodek strasznej choroby, to w wieku starszym może

on wskutek przewlekłego podrażnienia przejść ze stanu uśpienia w stan czynny i wywołać na drodze swego nieuniknionego rozwoju organicznego i istniejącego usposobienia wszystkie objawy zwyrodnienia rakowatego.

We wszystkich podręcznikach lekarskich oraz w licznych pismach popularnych czytamy ostatnio groźne wiadomości, że częstość raka ciągle się zwiększa i że pochłania on coraz liczniejsze ofiary. Profesor *Ricardo Lozano* uważa jednak ten pogląd za niesłuszny i nieudowodniony, gdyż opiera się on na statystykach zawierających liczne źródła błędów. Obecnych statystyk, dotyczących częstości zapadania na raka, nie można bez zastrzeżeń porównywać ze statystykami dawniejszemi, gdyż dokładność naszych rozpoznań zmieniła się bardzo znacznie. Dzięki szerokiemu stosowaniu promieni Rentgena i innych nowoczesnych metod badania, rozpoznanie raka stało się o wiele łatwiejsze i coraz mniej przypadków raka uchyla się od trafnego rozpoznania. Dawniej umierało się np. na raka płuc, a śmierć przypisywano gruźlicy, rozstrzeni oskrzeli lub innej chorobie, której rozpoznawanie było w danym okresie najbardziej popularne. Istnieje jeszcze jeden powód, dlaczego w dawniejszych statystykach rozpoznanie raka było rzadsze niż obecnie: wielu lekarzy ukrywało prawdziwą przyczynę śmierci, aby nie sprawiać przykrości rodzinie, którąby się obawiała, że jej również grozi straszna choroba. Z różnych więc względów w starych statystykach liczne przypadki raka nie były umieszczane.

Odwrotny błąd odpowiednich statystyk polega na tem, że do rubryki raka zalicza się przypadki najróżnorodniejszych chorób, niezawsze dających się ściśle określić, lecz niemających z naukowem pojęciem raka nic wspólnego.

Niedokładność i niepewność statystyk sprawia, że pogląd, iż rak staje się obecnie chorobą coraz częstszą, nie może jeszcze być uznany za udowodniony.

Na uwzględnienie zasługuje ponadto jeszcze fakt następujący: dzięki wielkim postępom medycyny i higjeny wiele osób słabowitych i mało odpornych, które dawniej mogły łatwo umrzeć młodo z powodu chorób przypadkowych, jest obecnie w stanie dożyć do wieku późniejszego, do 40, 50 i więcej lat, czyli do wieku, w którym, według trafnego wyrażenia *Lozano*, mogą już się stać „pożywieniem raka". Obecnie żyje o wiele więcej ludzi starszych niż dawniej i to może również być jednym z powodów zwiększania się liczby ofiar raka, chociaż wcale nie dowodzi istotnego zwiększenia się częstości tej choroby.

Dr. STANISŁAW LIEBHART st. asystent Kliniki.

WARTOŚĆ LECZNICZA OMNADYNY W GINEKOLOGJI I POŁOŻNICTWIE.

(Z Klin. Położn. i Chor. Kobiecych U. J. K. we Lwowie, Dyr. prof. K. Bocheński).

Każda choroba zakaźna jest obrazem walki między czynnikiem chorobotwórczym a ustrojem, jest jednym z licznych etapów w zmiennym układzie sił między atakującym zarazkiem a broniącym się organizmem. Rzecz jasna, że w zmaganiu się tych dwóch czynników ustrój tylko przez krótki okres wylęgania ma przewagę, względnie pozostaje w stadjum równowagi sił — gdyż pojawienie się wyraźnych objawów chorobowych jest już dowodem częściowej przewagi czynnika chorobotwórczego względnie nasilenia się sił obronnych organizmu. Ponieważ nie znamy wielkości zakażenia organizmu a t. zw. „wirulencja drobnoustrojów" jest dla nas narazie wielką niewiadomą— oceniamy nasilenie zakażenia tylko przez obserwację obronnego odczynu organizmu. Rzecz jasna, że i to kryterjum jest do pewnego stopnia względne, jako że w każdym organizmie mamy do czynienia z inną osobniczą odpornością, wobec czego ten sam zarazek może u różnych osobników wywołać zupełnie różną reakcję, zależnie od konstytucji chorego, momentalnej struktury biologicznej i warunków zewnętrznych — a tem samem spowodować pojawienie się objawów chorobotwórczych o różnym obrazie i nasileniu. Niemniej jednak jak dotychczas — kryterjum wielkości zakażenia stanowi sposób i rozmiar reakcji organizmu.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że od okresu zakażenia — innemi słowy — od stosunku sił obydwu wspomnianych czynników do siebie zależeć będzie i rokowanie w danym przypadku. Przyczyna bowiem zaistnienia choroby zakaźnej leży w pierwszym rzędzie w uszkodzeniu lub też w chwilowem obniżeniu osobniczej odporności organizmu. Wiadomo bowiem, że ten sam zarazek u jednego osobnika może wywołać ciężką różę, u drugiego zaledwie miejscową reakcję. Wiadomo również, że na błonach śluzowych każdego człowieka znajdują się mniej lub więcej wirulentne bakterje, które żyją w charakterze pasorzytów i dopiero jakieś uszkodzenie organizmu może te ubikwitarnie istniejące zarazki uczynić chorobotwórczemi.

Ogólnie rzecz biorąc, leczenie chorób zakaźnych idzie zasadniczo w dwóch kierunkach: z jednej strony w kierunku podniesienia sił obronnych ustroju, z drugiej, bezpośredniego działania na drobnoustroje, względnie ich toksyny. Pierwszy rodzaj terapji jest bezwątpienia najbardziej fizjologiczny i naturalny i daje dobre rezultaty, drugi jest jedną z wielu prób farmakologicznego wyjaławiania krwi zakażonego organizmu, często bez większych widoków powodzenia. Nie mamy zamiaru rozpisywać się, jaką drogą odbywa się czynne uodpornienie organizmu — stwierdzić tylko krótko pragniemy, że polega ono na wywołaniu t. zw. przeciwciał przez podawanie odpowiednich antygenów.

Jednym z najbardziej celowo skonstruowanych preparatów antygenowych jest omnadyna, sporządzona według recepty Prof. *Mucha*. Składa się ona ze związków białkowych, lipoidowych i tłuszczowych, które są przygotowane w specjalnej koloidalnej postaci. Dzięki obecności wszystkich rodzajów antygenów ma omnadyna właściwości nieswoistego oddziaływania na wszystkie możliwe zarazki. Ponieważ antygenowe działanie pewnych związków jest najbardziej silne — ze zrozumiałych względów — w okresie wylęgania choroby, przeto stosowanie leczenia omnadyną jest najbardziej wskazane w początkowych okresach infekcji, a więc w czasie, kiedy o wykryciu właściwego zarazka niema jeszcze mowy, a tem samem niema możności zastosowania odpowiedniego swoistego uodpornienia.

Działanie omnadyny ma mieć nadto charakter odczynu anamnestycznego, polegającego na uczynnieniu tkwiących potencjalnie w organizmie sił obronnych z poprzednich zakażeń lub szczepień. Jeżeli wychodzimy z założenia już obecnie ogólnie przyjętego, że gorączka jest raczej dodatnim objawem samoobrony organizmu, a zapalenie jest procesem samoleczenia się ustroju, musimy przyjść do przekonania, że w leczeniu zakażeń najważniejszem zagadnieniem jest właśnie podtrzymanie i wzmocnienie sił obronnych chorego. Największą jednak zaletą omnadyny jest brak występowania jakiegokolwiek odczynu reakcyjnego w odróżnieniu od innych metod nieswoistego leczenia bodźcowego. W tem miejscu musimy podkreślić zasadniczą różnicę, jaka zachodzi pomiędzy dopiero co opisanem leczeniem antygenowem, a niespecyficzną proteinoterapją, wywołującą drogą obcych związków podrażnienie organizmu o charakterze odczynu zapalnego. Każdy z klinicystów dobrze wie, jak często swoista lub nieswoista proteinoterapja wywołuje groźne nieraz objawy wstrząsu organizmu, których lekarz ryzykować nie może i nie powinien, zwłaszcza w przypadkach wysokich zwyżek ciepłoty, i u chorych charłacznych znacznie wyniszczonych długotrwałą chorobą.

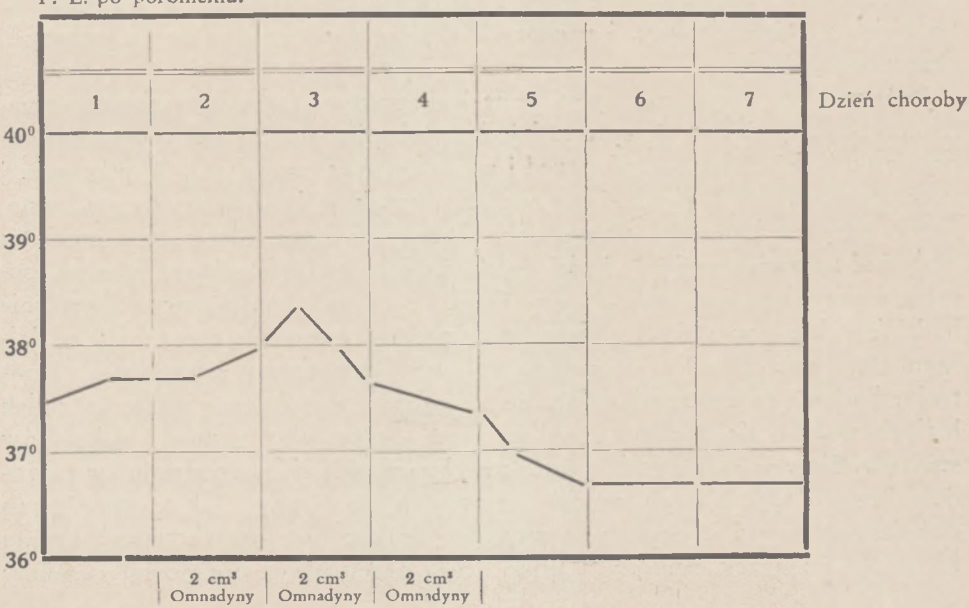
Ponieważ omnadyna ma wpływać na leukocytozę i fagocytozę chorego organizmu, postanowiliśmy przeprowadzić kontrolne badania przedewszystkiem odnośnie do ilości ciałek białych przed i po stosowaniu omnadyny. W przeważnej ilości przypadków stwierdziliśmy wyraźne zwiększenie leukocytozy po omnadynie przy wykluczeniu wszystkich ubocznych czynników, które mogłyby wpływać na zwiększenie się ilości ciałek białych. Badaliśmy krew naczczo, poczem wstrzykiwaliśmy omnadynę w ilości 2 — 4 cm^3 domięśniowo. Powtórnie badaliśmy krew w 2 do 4 godzin po zastrzyku, przyczem chora była w dalszym ciągu naczczo celem uniknięcia wpływów leukocytozy pokarmowej. Kontrolne badania przeprowadzaliśmy do 24 godzin. Zwiększenie się liczby ciałek białych wahało się między 1000 do 2500. Największy wzrost leukocytów stwierdzaliśmy w 2 do 4 godzin po zastrzyku omnadyny, przyczem już w 12 godzin liczba ciałek białych wracała przeważnie do normy. Jak z powyższych doświadczeń wynika, omnadyna wywołuje leukocytozę bez żadnego odczynu zapalnego i zwyżek ciepłoty, a tylko drogą przestrojenia organizmu i zmiany

jego biologicznej struktury. Pozwolimy sobie przytoczyć poniżej kilka charakterystycznych przykładów z naszych doświadczeń w tym kierunku:

L. p.	Imię i nazwisko	Ilość wstrzykniętej omnadyny	Ilość ciałek białych przed zastrzykiem	Ilość ciałek białych po zastrzyku
1	J. G.	2 cm^3	7.800	8.900
2	F. L.	2 cm^3	6.200	7.800
3	Cz. Z.	2 cm^3	7.100	8.400
4	L. M.	4 cm^3	6 400	8 500

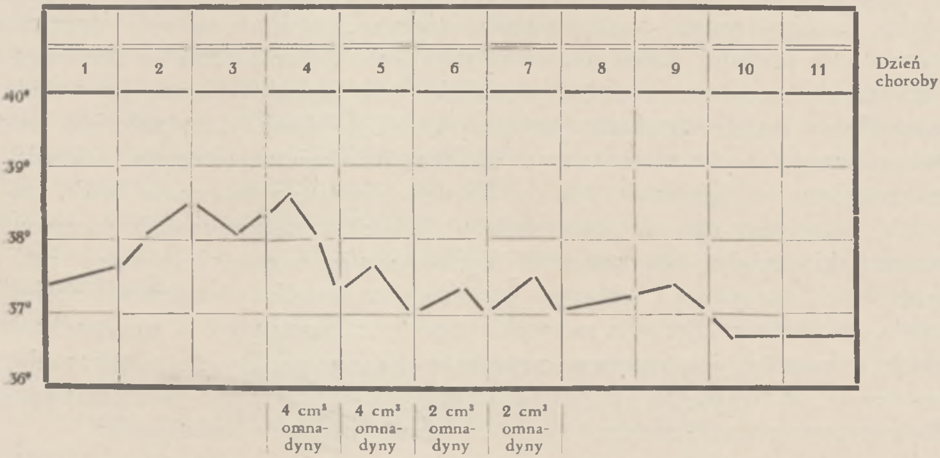
Omnadyna ma w ginekologji dość duże zastosowanie terapeutyczne. Dla ułatwienia przeglądu materjału klinicznego, pozwolimy sobie podzielić go na kilka grup ściśle ograniczonych. Do grupy pierwszej zaliczymy przypadki kobiet gorączkujących w połogu i po septycznem poronieniu. Ponieważ, jak wspomnieliśmy, działanie omnadyny jest najkorzystniejsze w okresie wylęgania się choroby, przeto zrozumiałą rzeczą będzie, że najlepsze wyniki będziemy mieli w zupełnie początkowych stadjach zakażenia, stosując ten preparat prawie zapobiegawczo. I tak stosowaliśmy wielokrotnie tuż po porodzie lub też po poronieniu zastrzyki omnadyny profilaktycznie i to albo dlatego, że obawialiśmy się infekcji albo też stwierdzaliśmy już pierwsze objawy zakażenia, a nie mogliśmy zastosować bardziej energicznego leczenia, jak np. propidonu, z uwagi na ciężki stan chorych np. bardzo skrwawionych, po łożysku przodującem, lub po zbrodniczem poronieniu. W tej samej grupie stosowaliśmy również omnadynę w jakiś czas po porodzie lub po poronieniu, kiedy wystąpiły podwyższenia ciepłoty w kilka dni po porodzie. Wyniki w tej grupie były bardzo dobre. Poniżej odbitka karty gorączkowej chorej leczonej omnadyną po poronieniu zbrodniczem.

P. L. po poronieniu.



Do osobnej grupy zaliczamy stosowanie omnadyny po operacjach ginekologicznych; jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że organizm chorych po laparotomji jest mniej odporny, choćby wskutek samego urazu operacyjnego, od organizmu zdrowego. Stąd nieraz większa skłonność do infekcji, gorsze gojenie się ran i t. d. W przypadkach tych stosowanie bardziej energicznych preparatów pod postacią nieswoistej proteinoterapji jest przeważnie niemożliwe ze względu na ogólny stan chorej. Podawanie omnadyny w tych przypadkach wydaje się nam specjalnie wskazane i daje niezłe rezultaty.

Widzieliśmy również dobre wyniki przy stosowaniu omnadyny u chorych ze źle gojącemi się ranami pooperacyjnemi; stoi to w związku z podniesieniem sił obronnych ustroju, które przyczynia się do przyspieszenia granulacji, lepszego oczyszczenia się rany i szybkiego zrastania się. Poniżej umieszczona tabela uwidocznia wpływ zastosowanej omnadyny na przebieg krzywej gorączkowej, przyczem dodać należy, że równolegle do spadku ciepłoty następowało szybsze oczyszczanie się i gojenie rany pooperacyjnej. (Przypadek dotyczy kobiety operowanej, z raną pooperacyjną gojącą się per secundam).



Trzecia grupa to schorzenia przydatków, przymacicz, a w łączności z tem podrażnienia otrzewnej. W ostrych stanach zapalenia otrzewnej omnadyna jest jedynym środkiem, który można stosować bez obawy a niejednokrotnie z pewnym pożytkiem. Co do zapaleń przydatków i przymacicz to tylko niektóre z nich nadają się do leczenia omnadyną, a to przedewszystkiem: sprawy nieprzewlekłe, najlepiej w wczesnym okresie zakażenia. Wszystkie inne bardziej zaawansowane lub też generalizujące się na cały ustrój pod postacią posocznicy lub też wysoko gorączkujących infekcyj wymagają leczenia bardziej energicznego i silniejszego. W przypadkach tych omnadyna może być stosowana tylko w charakterze środka pomocniczego. Trzy pierwsze grupy natomiast są domeną stosowania tego preparatu, jako, że idzie nam o podniesienie u tych chorych odporności ustroju i wzmocnienie jego sił obronnych.

Dr. ALBERT FROHMAN, Monachjum.

O LECZENIU SCHORZEŃ PSYCHO-NEUROTYCZNYCH.

(Referat według Ther. Ber., tom 4, Nr. 1).

W licznym szeregu schorzeń, powstających na podłożu psychicznem, na pierwszym planie obrazu chorobowego stwierdza się stany nadmiernego pobudzenia, niepokój i zaburzenia snu. W przypadkach takich, jak na to ostatnio słusznie zwrócił uwagę prof. *Curschmann*, nie jesteśmy przeważnie w stanie rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z chorobą pochodzenia czysto lub przeważnie psychicznego, czy też wchodzą tu w rachubę zaburzenia wewnątrzwydzielnicze (zwłaszcza ze strony tarczycy), lub też zaburzenia w czynności nerwowego układu wegetatywnego.

Dla lekarza praktyka, rozstrzygnięcie pytania, który z tych dwóch możliwych czynników, psycho-neurotyczny, czy też wewnątrzwydzielniczy względnie wegetatywny, odgrywa w poszczególnym przypadku większą rolę, bywa zwykle bardzo trudne, a często nawet niemożliwe. Postępowanie lecznicze ułatwia nam preparat, który nadaje się doskonale do stosowania w obu ewentualnościach. Preparatem tym są Luminaletki, które umożliwiają nam stosowanie Luminalu w małych dawkach (po 0,015 g). Mała dawka Luminalu nie wywołuje senności, wykazuje natomiast wyraźne działanie uspokajające, tak właśnie pożądane w ciągu dnia. *Jagic* z Wiednia również zaleca małe dawki Luminalu przeciwko stanom pobudzenia u chorych z nadczynnością tarczycy. Luminaletki usuwają lub conajmniej łagodzą wyżej wspomniane stany nadwrażliwości i niepokoju i wpływają pomyślnie na wszelkie dolegliwości pochodzenia psychicznego. Sprawia to zwykle choremu znaczną ulgę. W przypadkach takich wskazanem jest stosować z początku w ciągu kilku dni Luminaletki, a następnie, po osiągnięciu już pewnego uspokojenia, przystąpić do leczenia psychoterapeutycznego, mającego na celu ostateczne usunięcie dolegliwości.

Oto dwa przykłady pomyślnego leczenia schorzeń psychoneurotycznych zapomocą małych dawek Luminalu:

1) 33-letnia kobieta skarży się na „dolegliwości w gardle", które określa jako ucisk w okolicy pod- i nadobojczykowej oraz na szyi, zwłaszcza po stronie prawej. Dolegliwości te trwają już od dwóch miesięcy, a ostatnio wzmogły się do tego stopnia, że pacjentka miała dwa napady bardzo silnej duszności. Wrażenie duszenia się występuje zwłaszcza po jedzeniu. Z powodu obawy tej duszności chora prawie wcale nie przyjmuje pokarmów. W ciągu dnia i wieczorem skargi na wrażenie ogólnego lęku. Sen niespokojny, przykre sny. Stan przedmiotowy był następujący: chora nieco anemiczna, o wątłej budowie ciała i upośledzonym stanie odżywiania. Robi wrażenie psychicznej depresji. Jama ustna i gardło bez zmian. Bolesnych punktów uciskowych na szyi lub w okolicy obojczykowej nie stwierdza się. Płuca bez zmian. Nieznaczne wole. Zaznaczony wytrzeszcz. Przyspieszenie bicia serca (składnik tarczycowy!). Z anamnezy wynika, że istniejąca nerwica znajduje się w związku przyczynowym ze śmiercią dziecka, która miała miejsce przed 1½ rokiem. Leczenie: w ciągu dnia 1 — 2 Luminaletek przy występowaniu dolegliwości wzgl. w razie uczucia duszenia,

wieczorem stale 2 Luminaletki przed snem. Ogólna dawka dobowa najwyżej 3 razy po 2 tabletki = 0,09 Luminalu w pierwszych dniach leczenia, później mniej. Leczenie to sprawiło, że chora uspokoiła się nieco, dolegliwości miały charakter łagodniejszy, uczucie duszenia występowało rzadziej i było znacznie słabsze. Sen spokojny i dobry. Leczenie powyższe stosowano w ciągu 5 dni. Następnie zastosowano leczenie sugestją i prądem częstotliwym (masaże szyi i piersi płaską elektrodą) oraz hipnozą (trzykrotnie). Wszystkie dolegliwości ustąpiły bez śladu i pacjentka czuje się od tego czasu zupełnie zdrowa.

2) 25-letni mężczyzna skarży się na stany lękowe, ogarniające go w nocy. Budzi się z uczucem ucisku w okolicy serca, doznaje wrażenia duszności, krzyczy z trwogi. Czasami stan taki poprzedzają ciężkie sny. Uczucie strachu jest tak przykre, że chory musi opuszczać łóżko. Cierpienie to trwa już od 2 lat, rozwijało się stopniowo, a ostatnio dokucza mu szczególnie często i mocno. Po takim napadzie lęku pacjent jedynie z wielkim trudem może znowu zasnąć i często przez całą noc nie zaznaje spokoju z obawy przed powtórnem wystąpieniem duszności i trwogi. Narządy wewnętrzne bez zmian. Lekki wytrzeszcz, tętno przyspieszone. Z wywiadów zasługują na uwagę następujące szczegóły: matka skłonna do melancholji, 2 siostry matki usiłowały dokonać samobójstwa. Leczenie: dwa razy dziennie po 1 Luminaletce, wieczorem przed snem 2 tabletki, w razie obudzenia się w nocy również 2 tabletki. Leczenie to umożliwiło choremu spokojny sen; ucisk i uczucie lęku występowały rzadziej i były znacznie łagodniejsze, chory mógł znowu szybko zasypiać. Również i w tym przypadku pomyślne działanie Luminalu zostało następnie utrwalone zapomocą leczenia sugestyjnego i prądem o wysokiej częstotliwości. Luminal stopniowo odstawiono. Chory odzyskał spokojny sen bez trwożnych snów i wrażenia ucisku.

Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że przy stanach niepokoju psychicznego oraz przy zaburzeniach równowagi układu wewnątrzwydzielniczego względnie wegetatywnego układu nerwowego Luminaletki przedstawiają bardzo cenny lek uspokajający. Luminaletki łagodzą dolegliwości chorych, wpływają bardzo pomyślnie na ich stan psychiczny i nadają się doskonale dla zapoczątkowania ewentualnych zabiegów psychoterapeutycznych.

LECZENIE OSTREGO I PRZEWLEKŁEGO REUMATYZMU WIELOSTAWOWEGO.

(Streszczenie zbiorowe).

Wprowadzenie Pyramidonu do leczenia reumatyzmu stawowego jest zasługą *Schottmüllera*, który pierwszy zwrócił uwagę świata lekarskiego, że zarówno skuteczność Pyramidonu jak i jego tolerancja w większości przypadków reumatyzmu stawowego jest znacznie lepsza niż preparatów salicylowych. Podawanie Pyramidonu w dawkach dobowych 2 — 3 g conajmniej w ciągu 3 — 6 dni umożliwia prawie niezawodne przezwyciężenie zakażenia reumatycznego. *Schottmüller* opisuje pacjenta, który już od 13 miesięcy był obłożnie chory; Pyramidon w krótkim czasie uśmierzył dokuczliwe bóle stawowe i doprowadził do ustąpienia obrzęków stawowych; jednocześnie czynność stawów wróciła prawie zupełnie do normy.

W dalszym szeregu badań *Schottmüller* wspólnie z *Bodenstabem* podzielili swych chorych reumatycznych na 3 grupy. Do grupy pierwszej zaliczono pa

cjentów leczonych wyłącznie Pyramidonem. Grupa druga składała się z chorych leczonych naprzemian salicylanami i Pyramidonem. Grupa trzecia obejmowała chorych, u których zwrócono się do Pyramidonu dopiero po uprzedniej bezskutecznej terapji salicylowej.

W grupie pierwszej działanie Pyramidonu (dawka dobowa 2 — 3 g) przejawiało się w sposób następujący: gorączka szybko opadała, dolegliwości stawowe ustępowały i chorzy w krótkim czasie odzyskiwali zdolność do pracy. U dwóch chorych cierpienie miało charakter nawrotu po dawniejszej kuracji salicylowej; podawanie Pyramidonu w dawce dobowej po 2 g szybko doprowadziło objawy chorobowe do zupełnego ustąpienia. Leczenie Pyramidonem należy kontynuować jeszcze przez pewien czas po ustąpieniu dolegliwości stawowych, gdyż przedwczesne odstawienie preparatu może spowodować nawrot bólów.

Wyniki leczenia pacjentów zaliczonych do grupy drugiej, której podawano naprzemian Pyramidon i salicylany, wykazują, że u niektórych osobników działanie obu preparatów jest jednakowe i żaden z nich nie posiada wyraźniejszej przewagi.

Bardzo ważnemi okazały się wyniki podawania Pyramidonu u chorych z grupy trzeciej: Pyramidon doprowadzał do szybkiego ustąpienia gorączki i uśmierzenia bólów stawowych również i w tych postaciach prawdziwego ostrego zapalenia wielostawowego, które nie reagowały wcale lub jedynie niedostatecznie na klasyczne leczenie salicylowe.

Po stwierdzeniu tak pomyślnych wyników stosowania Pyramidonu w przypadkach ostrego i podostrego gośćca stawowego, *Schottmüller* wypróbował go również i przy przewlekłem zniekształcającem zapaleniu stawów. W niektórych przypadkach leczenie pyramidonowe dawało zdumiewające wyniki. Autor opisuje 26-letniego mężczyznę, dotkniętego bardzo uporczywą postacią przewlekłego reumatyzmu stawowego. Wszelkie fizykalne i farmakologiczne sposoby leczenia pozostawały zupełnie bez wpływu na przebieg cierpienia, tak że wreszcie chory utracił prawie zupełnie zdolność poruszania się o własnych siłach. Pacjent otrzymał 5 razy dziennie po 0,5 g Pyramidonu. Już po 3 dniach stan jego poprawił się tak dalece, że mógł utrzymać się na nogach i nawet przejść kilka kroków. Chory ten już przeszło od roku nie był w stanie opuścić łóżka. Choremu przez dłuższy czas podawano codziennie po 2,5 g Pyramidonu, przyczem nie zaniedbywano i równoczesnego leczenia fizykalnego. Próba przejścia na terapję salicylową zawiodła, gdyż stan chorego natychmiast się pogorszył. Również i chwilowe odstawianie Pyramidonu wywoływało wzmaganie się bólów stawowych. W chwili wypisywania się pacjenta z kliniki stwierdzono w porównaniu z dawniejszym, bardzo ciężkim obrazem chorobowym, wybitną poprawę, którą chory zawdzięczał niewątpliwie tylko Pyramidonowi.

Inny pacjent cierpiał już od dłuższego czasu na zmiany zapalne kilku większych stawów. Masaże, kąpiele i naświetlania lampą kwarcową nic spra-

wiały choremu żadnej ulgi. Szczególnie dokuczały choremu zmiany w lewym stawie kolanowym, które prawie zupełnie uniemożliwiały mu chodzenie. Podawanie Pyramidonu (3,0 g dziennie) dało wynik nadspodziewanie pomyślny, tak że po upływie pewnego czasu chory odzyskał możność chodzenia i odbywał bez żadnego wysiłku i bez pomocy laski nawet dłuższe spacery.

Tolerancja Pyramidonu jest bardzo dobra, tak że można bez żadnych zastrzeżeń podawać go bez przerwy w ciągu tygodni i miesięcy (np. po 2,5 g dziennie przez 10 miesięcy). Pyramidon należy koniecznie podawać jeszcze przez pewien czas po ustąpieniu wszelkich objawów przedmiotowych i podmiotowych, przyczem należy poprzednią wysoką dawkę leczniczą (3 g dziennie) powoli zmniejszać.

Lämmerhirt podaje, że działanie lecznicze dużych dawek Pyramidonu w przypadkach cierpień reumatycznych jest wśród publiczności znane już od dość dawna; *Lämmerhirt* opisuje np. pewnego reumatyka, dotkniętego znacznemi zmianami stawowemi, który już przed 1918 rokiem sam zaczął się z powodzeniem leczyć dużemi dawkami Pyramidonu.

Leber leczył Pyramidonem 44 reumatyków, którym podawał w zależności od ciężkości schorzenia 1,8 — 2,4 — 3,0 g dziennie. W trzech przypadkach zmianom stawowym towarzyszyła Purpura rheumatica i Erythema nodosum; powikłania te również bardzo pomyślnie reagowały na Pyramidon i ustąpiły w ciągu 1 do 2 tygodni. 13 chorych cierpiało na podostry reumatyzm wielostawowy. Dolegliwości stawowe, które utrzymywały się uporczywie już od kilku tygodni, ustępowały pod wpływem Pyramidonu w ciągu 2 — 3 tygodni. W 12 przypadkach przewlekłych zapaleń wielostawowych Pyramidon nie zawsze dawał takie dobre wyniki, jak w postaciach ostrych i podostrych.

Korobkoff obserwował 30 chorych, dotkniętych gośćcowemi zmianami stawowemi. Leczenie polegało wyłącznie na podawaniu Pyramidonu. U znacznej większości stwierdzono niewątpliwy swoisty wpływ preparatu na sprawę chorobową. Przeciętna dostateczna dawka dobowa wynosi według *Korobkoffa* 2,4 g.

W szpitalu dla dzieci w Berlinie od roku 1929 leczy się przypadki dziecięcego reumatyzmu stawowego wyłącznie zapomocą Pyramidonu. *Marschal* podaje, że odsetek szybkich wyników leczniczych wynosi 80%. Z pośród 69 chorych dzieci jedynie dwoje nie reagowało na leczenie pyramidonowe. Działanie Pyramidonu jest tak pewne, że w przypadkach opornych należy zawsze myśleć o możliwości błędnego rozpoznania (Gościec gruźliczy Ponceta). Z pośród 69 leczonych dzieci 21 (= 30,42°) zdołało się uchronić przed reumatyczno-wsierdziowemi powikłaniami sercowemi.

Dr. CZESŁAW BERGER. Gwoździec, woj. stanisławowskie

RIVANOL W MAŁEJ CHIRURGJI.

Bardzo dobrym środkiem odkażającym, jeżeli chodzi o odkażenie ciała ludzkiego zarówno na jego powierzchni jak i wewnątrz jam surowiczych lub jam sztucznie powstałych naskutek rozpadu tkanki, okazuje się Rivanol, pochodna akrydyny. Wśród wielu wypadków, które udało mi się skutecznie leczyć Rivanolem, szczególnie jeden zasługuje na specjalną wzmiankę, dzięki niezwykłym objawom. Dotyczy on 2-letniego dziecka, które przywieziono ze wsi do zbadania, przyczem matka skarżyła się, że przy najlżejszem dotknięciu klatki piersiowej dziecko głośno płacze i broni się rączkami i nóżkami. Badaniem stwierdziłem pod prawą pachą zaczerwienienie (bladoczerwone) na przestrzeni wielkości dłoni, dość ograniczone, bardzo nieznacznie obrzękłe, bolesne na ucisk. Cierpienie to przebiegało z ciepłotą 37° i wyglądało jak lekka róża. Poleciłem 10%-ową maść ichtjolową i ciepłe suche okłady. Po 3-ch dniach stwierdziłem w opisanem miejscu blady ciastowaty obrzęk części miękkich na przestrzeni 2 razy większej, a po dalszych 4-ch dniach torbiel, wyraźnie chełboczącą, wielkości 2 męskich dłoni; ciepłota wahała się od 37 do 38°. Nakłułem torbiel i wydobyłem około 300 cm^3 rzadkiej ropy, barwy kremowej, założyłem opatrunek uciskowy i poleciłem prześwietlenie promieniami Roentgena, podejrzewając opadowy ropień zimny, mogący drążyć z kręgosłupa, zwłaszcza, że dziecko leżało nieruchomo, broniąc się przed każdą zmianą pozycji. Rodzina prześwietlenia nie zrobiła, lecz po 10-ciu dniach przywiozła znów dziecko, u którego torbiel napięta sięgała od pachy aż do pachwiny. Znów nakłułem i po wydobyciu 1500 cm^3 ropy przepłókałem torbiel kilkakrotnie roztworem 2‰ Rivanolu. Po tym zabiegu więcej ropy nie przybyło i sprawa cała zgoiła się w ciągu tygodnia. Ropę wydobytą za drugim razem posłałem do zbadania do Państw. Zakł. Higjeny we Lwowie; wynik otrzymałem już po wyzdrowieniu dziecka, przyczem w preparacie i hodowli znaleziono gronkowce (Staphylococcus aureus i albus) oraz pałeczki odmieńca (Proteus vulgaris). Miałem więc do czynienia ze zwykłem, ropnem zapaleniem samej skóry, z wytworzeniem ropnej torbieli. Samo usunięcie ropy nie wystarczyło, lecz raczej spowodowało znaczny przybytek tejże, dopiero przepłókanie roztworem Rivanolu i to jednorazowe, zlikwidowało sprawę chorobową doszczętnie. W tym wypadku byłbym mógł już na początku, idąc za radą niektórych autorów, wstrzyknąć doskórnie roztwór Rivanolu, czem można było znacznie skrócić całą chorobę. Dlatego sądzę, że we wszystkich wypadkach ropowicy (phlegmone) skóry, należy nie zwlekając zastrzykiwać powyższy środek, o ile zaś wytworzy się torbiel, przemywać nim, aż do zupełnego wyleczenia, które zwykle nie daje długo czekać na siebie. Oprócz Rivanolu nie znam środka, któryby tak pewnie i szybko działał i nie miałbym odwagi leczyć wypadek ropowicy bez użycia Rivanolu.

Prof. dr. R. BIELING i dr. L. OELRICHS, Oddz. Serobakt. I. G. Farbenindustrie A. G., Behringwerke. Frankfurt n. M., Hoechst i Marburg n. L.

BADANIA NAD MECHANIZMEM DZIAŁANIA OMNADYNY.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1934, Nr. 7).

Omnadyna jest oczyszczonym antygenem, otrzymywanym drogą fermentacyjną z niechorobotwórczych bakteryj. Ów antygen nie daje zwykłych odczynów osadowych na ciała białkowe i znajduje się w roztworze lipoidów i tłuszczów zwierzęcych. Jeśli zakaża się zwierzęta chorobotwórczemi dla nich zarazkami, które w odpowiednio dobranej postaci posiadają względnie niewielką zjadliwość, wówczas przez podawanie Omnadyny można następnie przebiegiem choroby tak pokierować, że zwierzęta doświadczalne pomimo śmiertelnego zakażenia pozostają przy życiu. Np. u królika wstrzyknięcie dożylne 1 cm^3 24-godzinnej hodowli na buljonie z surowicą paciorkowców wywołuje długotrwałe (10 dni) zakażenie, prowadzące — wskutek postępującego ubytku na ciężarze — nieuchronnie do śmierci. Gdy jednak podać zwierzętom w przeddzień zakażenia 2 cm^3 Omnadyny, i pozatem w dniu zakażenia powtórnie 2 cm^3 śródmięśniowo, wówczas nie obserwuje się ubytku ciężaru i zwierzęta pozostają przy życiu w ciągu 4 tygodni mimo zakażenia. Zwierzęta zginęły bardzo późno, bo 29 i 36 dni po zakażeniu. Zarówno w tym przypadku jak i u zwierząt kontrolnych, padłych między 3 a 13 dniem po zakażeniu, znaleziono paciorkowce we krwi pochodzącej z serca. Zakażenie przebiegające już samo przez się powoli, zostało działaniem Omnadyny tak znacznie osłabione, że przedewszystkiem udało się uniknąć zarówno ubytku na ciężarze, jak i śmierci zwierzęcia. Zarazki nie zostały wprawdzie zabite, tak że po przeminięciu pobudzającego działania Omnadyny zakażenie mogło wystąpić w dalszym ciągu. Zauważono jednak, że gdy użyć do zakażenia szczepów bakteryj o znacznej zjadliwości, powodujących w najkrótszym czasie śmierć zwierząt doświadczalnych, wówczas zapomocą Omnadyny nie udało się w najmniejszym stopniu osiągnąć jakiegokolwiek działania. Jeśliby Omnadynie można było przypisać swoiste bezpośrednie działanie na zarazki chorobotwórcze, wówczas należałoby osiągnąć doskonałe wyniki przy zastosowaniu Omnadyny jednocześnie z dawką surowicy tuż poniżej granicy działania. Próby na myszach zakażonych różycą, przy zastosowaniu surowicy przeciwróżycowej łącznie z Omnadyną, nie dały w wyniku wyraźnego zwiększenia działania surowicy. Podobne wyniki dały próby na królikach zakażonych pneumokokkami. Musiał upaść przeto pogląd, że Omnadyna wywiera bezpośredni wpływ na bakterje chorobotwórcze w ustroju, na ich rozmnażanie, bądź na przebieg choroby przez nie wywołanej. Istotny wpływ Omnadyny na opóźnienie objawów zakażenia daje się wytłumaczyć w odmienny sposób.

Wiadomo, że u zwierząt, które niegdyś zostały uodpornione, i u których nastąpił spadek ilości przeciwciał we krwi, udaje się przez wstrzyknięcie jakiegoś innego antygenu osiągnąć ponowny przyrost ciał odpornościowych. Ów wtórny przyrost jest znamienny tem, że naogół nie przekracza on pierwotnego maximum i że zazwyczaj jest niezmiernie szybki, mianowicie występuje już w ciągu paru godzin. Udało się wykazać, że Omnadyna wywołuje ów „odczyn anamnestyczny" z wielką regularnością. 20 królików uodporniono przez wielokrotne wstrzykiwania pałeczek durowych, zabitych działaniem wysokiej temperatury. Przed rozpoczęciem doświadczenia można było stwierdzić zapomocą próby aglutynacyjnej, że zwierzęta posiadały bardzo niewielkie ilości aglutynin normalnych lub też wcale ich nie posiadały. Następnie w odstępach 4—5-dniowych wstrzyknięto czterokrotnie dożylnie po 1 cm³ zawiesiny zabitych pałeczek durowych (1000 miljonów bakteryj). W 8 dni po ostatniem wstrzyknięciu surowica wszystkich królików w rozcieńczeniu 1 : 12800 aglutynowała bądź wyraźnie, bądź bardzo silnie. Następnie pozostawiono zwierzęta w spokoju przez okres przynajmniej 4-tygodniowy. Ponowne określenie miana aglutynacyjnego wykazało znaczny spadek. Teraz wstrzyknięto dożylnie 5 zwierzętom doświadczalnym po 2 cm³ Omnadyny, a po 18 godzinach pobrano krew po raz drugi. Porównawcze określenie aglutynacji surowicy krwi pobranej przed i po wstrzyknięciu Omnadyny wykazało znaczny wzrost miana aglutynacyjnego w związku z podaniem Omnadyny.

Całkowita aglutynacja przed wstrzyknięciem Omnadyny					Całkowita aglutynacja po wstrzyknięciu Omnadyny				
B437	B451	B452	B453	B454	B437	B451	B452	B453	B454
1:100	1:100	1:100	1:50	1:400	1:12800	1:1600	1:800	1:400	1:800

Następych 5 zwierząt otrzymało zamiast Omnadyny po 2 cm³ normalnej końskiej surowicy. W przeciwieństwie do Omnadyny nie udało się zapomocą surowicy końskiej wywołać wyraźnego i regularnego wpływu na miano aglutynacyjne. W większości przypadków miano to nawet zmniejszyło się po wstrzyknięciu surowicy końskiej. U królików, które już wcześniej zostały uodpornione pałeczkami duru i u których miano przeciwciał dla surowicy ponownie uległo znacznemu obniżeniu, udało się zapomocą wstrzykiwania Omnadyny w okresie 18 godzin osiągnąć bardzo istotną zwyżkę zawartości przeciwciał w porównaniu ze zwyżką osiągniętą zapomocą uprzednio stosowanych antygenów. Jeżeli uodpornić większą liczbę królików powszechnie stosowanym sposobem zawiesiną zabitych pałeczek durowych i pozostawić zwierzęta w spokoju tak długo, aż miano obniży się z powrotem od 1 : 50 do 1 : 400, wówczas pod wpływem Omnadyny miano zwyżkuje kilkakrotnie, a mianowicie od 1 : 3200 do 1 : 25000. W 6 do 18 godzin po wstrzyknięciu Omnadyny zwierzęta doświadczalne otrzymały dożylne wstrzyknięcie dużych ilości zawiesiny żywych gronkowców. Dla kontroli poddano działaniu gronkowców zarówno zwierzęta uodpornione przeciw durowi, które nie otrzymały Omnadyny, jak i zwierzęta nie poddawane do-

tychczas żadnym próbom. U królików, które przed paroma tygodniami zostały uodpornione pałeczkami duru, i u których miano przeciwciał ponownie znacznej uległo obniżce, wstrzyknięcie Omnadyny wywołało, podobnie jak to miało miejsce w poprzednich doświadczeniach, szybki i znaczny wzrost przeciwciał w krwi. Równocześnie wzmogła się znacznie odporność zwierzęcia przeciwko bakterjom, które wprowadzono bezpośrednio do obiegu krwi. Zarówno zwierzęta normalne, jak i uodpornione przeciwko durowi oraz te, u których miano ponownie się obniżyło, nie były więcej zdolne do szybkiego usuwania z krwi ogromnych ilości gronkowców, wstrzykniętych im do krwiobiegu. Badanie krwi, przedsięwzięte w odstępach pięciominutowych, wykazało, że we wszystkich przypadkach, zwykle zaś dopiero po 20 minutach występowało wyraźne obniżenie zawartości ziarenkowców w krwi. Ale i ten objaw szybko przeminął, gdyż już po 4 godzinach zauważyć można było niezliczoną ilość drobnoustrojów. Po niepohamowanym i szybkim wzroście ilości bakteryj w ustroju zakażonym następowała szybko śmierć zwierzęcia. Natomiast u zwierząt uprzednio już uodpornionych i poddanych działaniu Omnadyny, wprowadzone w umyślnie dużych ilościach drobnoustroje znikały o wiele szybciej, zaś w okresie czasu, w którym u zwierząt kontrolnych zdolność odpornościowa była osłabła, a niepohamowane rozmnażanie się drobnoustrojów w krwi w pełnym było biegu, ilość bakteryj coraz to bardziej malała. Można więc sobie wyobrazić, że ta zwiększona zdolność odporna ustroju, przy równoczesnem działaniu Omnadyny w przypadku normalnego zakażenia wystarczy w zupełności, by zwierzę uchronić od zejścia śmiertelnego, podczas gdy zwierzę nie poddane działaniu Omnadyny — ginie. Brak mu bowiem wzmożonej zdolności szybkiego usuwania z obiegu krwi wprowadzonych doń drobnoustrojów. W tym przypadku działanie Omnadyny nie jest swoiste, gdyż Omnadyna wstrzyknięta zwierzęciu poddanemu uprzednio działaniu zupełnie innego antygenu powoduje wzrost odporności, która znowu zostaje wykorzystana do walki z innego rodzaju czynnikami chorobotwórczemi.

Zwierzę już raz uodpornione pałeczkami duru, nabywa pod wpływem Omnadyny zdolności szybkiego i energicznego usuwania z krwiobiegu np. gronkowców. Ani ów bodziec przygotowawczy, jakim jest przedwstępnie użyty antygen, ani też zastosowany przy końcu antygen, wywołujący zakażenie, nie są w żadnym stopniu pokrewieństwa z nieswoistym czynnikiem bodźcowym, działającym pomiędzy pierwszym a trzecim antygenem.

Prof. VICTOR A REKO. Meksyk.

SINICUICHE — ULUBIONY NAPÓJ AZTEKÓW.

(Referat według Ther. Ber. tom V, Nr. 2).

Sinicuiche, Sincuil lub Sinicuilcha jest to ludowa meksykańska nazwa małych czerwonych jagód, nasion lub liści, pochodzących z najrożnorodniejszych roślin, mających wspólną własność swoistego działania narkotycznego. Najważniejsze rośliny, zawierające tego rodzaju czynne związki narkotyczne, są następujące:

1. Erythrina corallodendron L.
2. Heimia salicifolia var. Mexicana (dawniej zwana Nesaea salicifolia H. B. K.).
3. Rhynchosia praecatoria D. C.
4. Piscidia erythrina L.

Rośliny te zawierają lekko odurzający jad, który wywiera bardzo miłe działanie narkotyczne i nie sprawia nigdy żadnych przykrych wrażeń ubocznych. Jest to nietylko ulubiona używka ludzi, lecz również i zwierzęta znajdują upodobanie w tym rozpowszechnionym i łatwo dostępnym środku narkotycznym.

Jest poprostu rzeczą niezwykłą, jak wiele nałogowych pijaków znajdujemy wśród zwierząt. Króliki, zające, lisy, szakale, dzikie kaczki i t. d. wyszukują najchętniej takie rośliny, z których wycieka słodki sok; sok ten, ulegając pod wpływem grzybków fermentacji, zawiera zwykle domieszkę alkoholu. Najbardziej upartym pijakiem jest europejski jelonek, który nie opuszcza słodkiego źródła, wyciekającego z drzewa wina wcześniej, aż padnie bez przytomności. Niektóre meksykańskie gatunki szczurów, które zwłaszcza na plantacjach kawy sprawiają dużo szkody, posuwają się nawet tak daleko, że rozgryzają sobie wzajemnie żołądki, aby spożyć sfermentowaną i zawierającą alkohol zawartość żołądka. Starzy myśliwi zapewniali mnie, że w podobny sposób postępuje również i meksykański wilk stepowy. Wilk ten po zabiciu zwierzęcia pożera przedewszystkiem jego żołądek, który zawiera właśnie sfermentowane związki alkoholowe.

Działanie narkotyczne Sinicuiche nie zależy od zawartości alkoholu, lecz polega na działaniu innych, chemicznie jeszcze nieokreślonych związków. Narkotyk wytwarza się w roślinach jedynie wtedy, gdy rosną dziko. Jeżeli rośliny hodować sztucznie w ogródkach, to tracą one podobno całkowicie swe niezwykłe własności.

Chłopi meksykańscy zaparzają z liści wymienionych roślin „herbatę“, którą przechowują na zapas we flaszkach. Wieczorem, po powrocie z ciężkiej pracy w polu, zmęczony chłop chętnie sięga do flaszki z napojem i już po pierwszym łyku czuje się wypoczęty, rześki i beztroski. Napoju sobie nie żałuje. Wypija zwykle jeszcze jedną szklaneczkę, poczem zaczyna odczuwać lekkie odurzenie. Wytwarza się stan nadzwyczaj miłego upojenia, w którym wszystko się wy-

daje niezwykle małe i ładne. Otoczenie ściemnia się i robi wrażenie jakby było widziane z wysokiej góry. Naraz wszystkie przedmioty zaczynają jakby promieniować czarodziejskiem żółtem światłem. Dźwięk dzwonów staje się cichy, a ludzkie głosy rozlegają się jakby ze znacznej odległości. Stan ten wreszcie mija nie pozostawiając po sobie absolutnie żadnych przykrych wrażeń następczych.

W ten sposób chłopi z Tenango, Tenanzingo, w Altla, a nawet już w Toluca opisują działanie tego powszechnie znanego odurzającego napoju. Ludność miejscowa jest przeważnie skryta i bardzo rzadko i niechętnie opowiada cudzoziemcom o niezwykłych właściwościach herbaty Sinicuiche.

W roku 1886 profesor *J. B. Calderon* z Meksyku zbadał Sinicuiche i wykazał w tej roślinie obecność następujących związków: chlorofil, tłuszcz roślinny, żywica rozpuszczalna w eterze, żółtawo-czerwony, nieczynny i rozpuszczalny w wodzie czerwony barwnik, guma, glukoza, skrobia, ślady olejków eterycznych i zwykłe sole.

Calderon pragnął osobiście zapoznać się z odurzającem działaniem Sinicuiche i przygotował sobie napary z 4, potem z 10, a wreszcie z 15 gramów na ¼ litra wody. Po wypiciu tych herbat nie doznał jednak najmniejszych nawet wrażeń, o których opowiadają tuziemcy. Napary okazały się zupełnie nieczynne. *Calderon* przypuszcza, że albo sposób przygotowania herbaty był niewłaściwy, albo też Sinicuiche nie działa na mózgi Europejczyków, podobnie jak opjum lub haszysz, których działanie u Europejczyków prawie nigdy nie dorówna charakterystycznemu działaniu u Azjatów.

W Cuernavaca rośnie inna odmiana Sinicuiche, zwana tam Xenecuilche, Pipilzintli lub Ate cuixtli. Nowoczesne zaś nazwy odpowiednich napojów brzmią: Negrita, Pulguita i Colorin chiquito. Surowcem, z którego przygotowuje się napary, są nasiona rośliny strączkowej, znanej w botanice jako Rhynchosia praecatoria D. C. Nasiona te są wielkości grochu, pół czarne, pół czerwone i zawierają według *Castro* alkaloid rinkosinę. Ziarna tych nasion mają jakoby właściwość porażenia czynności kory mózgowej, a zwłaszcza pamięci. Zdarzenia z ostatnich czasów bledną, słabną i wreszcie zatracają się zupełnie, podczas gdy wspomnienia z lat dziecinnych pozostają dobrze zachowane, a nawet narzucają się w sposób jaskrawy. Meksykańczycy, którzy napili się Pipilzintli, stają się bardzo rozmowni i zawsze mówią tylko o dawno minionych zdarzeniach. Nadużywanie Pipilzintli prowadzi do znacznego osłabienia pamięci i wreszcie do zupełnej utraty inteligencji. Również i ten środek nie działa na Europejczyków odurzająco, a jedynie toksycznie.

Odmianą Colorin chiquito jest Colorin Patél, roślina znana w botanice jako Erythrina corallodendron L. Ludowe nazwy tej rośliny są różne, zależnie od miejscowości (Chocolin, Zompantli, Chilicotel, Iquimite, Tzompal — quahuitl). Kora zawiera alkaloid o silnem działaniu narkotycznem. Dr. *Altamirano* z Meksyku stwierdził, że nasiona posiadają prawie takie same własności jak znane zatrute strzały Indjan lub bób kalabarski. Również i łodyga tej rośliny

znalazła u Indjan specjalne zastosowanie. Przypisuje się jej własności pobudzające miesiączkowanie, a nawet wywołujące poronienie. W niektórych okolicach Meksyku zamyka się butelki korkami przygotowanemi właśnie z drzewa Colorin chiquito, istnieje bowiem rozpowszechniony pogląd, że wódkę przechowaną w tak zakorkowanych butelkach można pić nawet w znacznych ilościach, a mimo to nigdy nie odczuwa się nazajutrz bólu głowy.

Z drzewa rośliny rzeźbi się figurki, często bardzo nieprzyzwoitych kształtów, które używa się w gospodarstwie kuchennem i którym przypisuje się własności chronienia potraw od zepsucia.

Altamirano zbadał wyciąg z nasion, przygotowany przez włościan meksykańskich i stwierdził w nim obecność następujących składników: związek obdarzony swoistym zapachem, dwa rodzaje żywicy, jedną rozpuszczalną w nafcie — drugą w eterze, jeden barwnik, jeden kwas o działaniu uśmierzającem bóle, który nazwał erytrinowym, dwa alkaloidy (koralloidynę, o jeszcze niezbadanem działaniu i erytrodynę, która podobnie jak kokaina przemijająco poraża zakończenia nerwowe) i wreszcie różne sole.

W prowincji Guerrero, w Acapulco i na całem wybrzeżu wzdłuż Mazatlanu rośnie Colorin de peces, zwana również Tatzunga (nazwa botaniczna: Piscidia erythrina Lin. Legumin). Zastosowanie w medycynie ludowej znajduje kora tej rośliny, a nie nasiona. Kora ta jest wszędzie do nabycia i wygląda prawie zupełnie tak samo jak cynamon, jest jedynie nieco ciemniejsza i ma częstokroć odcień fioletowy lub pomarańczowy. Kora ta ma zupełnie niezwykły, trudny do opisania lub porównania zapach i stosunkowo gorzki, nieco gryzący smak. Herbata przygotowana z jednego do trzech gramów kory wykazuje działanie napotne, większe dawki wywołują zmęczenie i wreszcie sen. O ludziach leniwych, którzy się poruszają niechętnie, mówi się: napiłeś się zapewne Colorin!

Sproszkowaną korę stosuje się jako niezawodny środek przeciwko bólom zębów. Kora ta po włożeniu do jamy bolącego spróchniałego zęba ma jakoby posiadać własność natychmiastowego uśmierzania najmocniejszych nawet bólów.

Jeżeli do wody, zawierającej w obfitości ryby, wrzucić nawet minimalną ilość drobno sproszkowanej kory Colorin de peces, to większość ryb zostaje do tego stopnia odurzona, że wypływa jak martwa na powierzchnię. Ryby te można wówczas złowić bez najmniejszego trudu. Na całym brzegu Oceanu Spokojnego od Mazatlanu aż do granicy Stanów Zjednoczonych ten łatwy sposób łowienia ryb jest jeszcze dzisiaj bardzo rozpowszechniony. Ludność nadbrzeżna uważa, że Colorin de peces jedynie oślepia ryby, gdyż ryby otrute w ten sposób można spożywać bez żadnej szkody dla zdrowia; nie ulega żadnej wątpliwości, że mamy tu do czynienia z bardzo silnym środkiem narkotycznym, wywierającym na ryby działanie usypiające już w minimalnem stężeniu.

Dr. W. GUNDLACH, Uniw. Klin. ginekolog. w Getyndze.

NASZE DOTYCHCZASOWE SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM NOWEGO ŚRODKA DLA KRÓTKOTRWAŁEJ NARKOZY.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1933, Nr. 18).

W małej ginekologji usypianie inhalacyjne przedstawia nieproporcjonalnie duże obciążenie organizmu. W związku z tem wprowadzenie do powszechnego użytku nowoczesnego sposobu usypiania na drodze dożylnej stanowi niewątpliwie znaczny postęp. Spostrzeżenia autora dotyczą 100 przypadków dokonywania zabiegów ginekologicznych w uśpieniu dożylnem zapomocą Evipan-Natrium. W przypadkach nagłych przystępowano do narkozy i zabiegu bez żadnych przygotowań, w pozostałych przypadkach interwencja zawsze odbywała się naczczo. Autor wstrzykuje w zależności od wagi 7 do 10 cm^3 10%-owego roztworu Evipan-Natrium do żyły łokciowej. Po wstrzyknięciu 3 — 4 cm^3 pacjentka usypia; podczas wstrzykiwania dalszych 4 — 6 cm^3 występuje silne napięcie mięśniowe lub drgawki mięśniowe, wobec czego należy ramię mocno trzymać, aby igła nie wyszła z żyły. Oddech staje się w tym wstępnym okresie uśpienia przeważnie nieco powierzchowny. Po upływie 1 — 2 minut po wstrzyknięciu całkowitej dawki napięcie mięśni ustępuje, szczęka dolna opada, oddech się pogłębia i chora znajduje się już w stanie głębokiego uśpienia. Powłoki brzuszne są wiotkie, chociaż nie tak doskonale jak przy bardzo głębokiem uśpieniu inhalacyjnem. Narkoza utrzymuje się przeciętnie przez 15 minut. Obudzenie się następuje po 40 — 50 min. od chwili wstrzyknięcia. U 15% pacjentek wystąpiły podczas budzenia się jednorazowe wymioty. Prawie wszystkie chore odczuwały lekki zawrót głowy. W dwóch przypadkach uśpienie zapomocą dożylnego wstrzyknięcia Evipan-Natrium zawiodło. Osoby z chwiejną psychiką i łatwo pobudliwe, jak się zdaje, nie nadają się do usypiania evipanowego.

Evipan jest wskazany przy wszelkich operacjach z dziedziny małej ginekologji, których czas trwania nie przekracza 15 minut. W przypadkach z zaburzeniami czynności wątroby wskazana jest ostrożność.

Następujące małe ginekologiczne zabiegi operacyjne są według autora wskazaniem do zastosowania uśpienia evipanowego:

1. Skrobanki, w których już przed uśpieniem można było przeprowadzić dokładne badanie palpacyjne.

2. Przerwania ciąży, których czas trwania nie przekroczył 9-go tygodnia. (W przypadkach ciąży powyżej 9-go tygodnia niezbędne jest całkowite zwiotczenie mięśni, które w uśpieniu evipanowem niezawsze daje się osiągnąć, aby wymacać macicę i odłączyć łożysko).

3. Niecałkowite poronienia, w których będzie potrzebna jedynie skrobanka następcza.

4. Usuwanie polipów i dokonywanie próbnych wycinków oraz usuwanie łatwo dostępnych podśluzówkowych mięśniaków na szypule.

5. Zakładanie radu.

6. Zakładanie laminarji.

W położnictwie autor stosował Evipan-Natrium z doskonałym wynikiem dla opatrywania pęknięć krocza.

Dr. F. EL. KOCH. Klin. Uniw. Chor. wewn. w Lindenbergu i Zakład Higjeny w Kolonji.

TEORJA PACIORKOWCOWA PŁONICY I LECZENIE MIEJSCOWYCH ZMIAN W NOSIE I GARDLE U CHORYCH ORAZ U NOSICIELI PACIORKOWCÓW.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1932, Nr. 23).

Istota zarazka płonicy jest jeszcze ciągle zagadnieniem spornem; żaden z licznych istniejących poglądów nie pozyskał dotychczas ogólnego uznania. Niektórzy badacze przyjmują istnienie jakiegoś nieznanego jeszcze dotychczas czynnika etjologicznego, uważają jednak, że paciorkowce hemolityczne odgrywają przy powstawaniu choroby lub jej powikłań bardzo ważną rolę. Chociaż teorja paciorkowcowa jest zawsze ośrodkiem wszelkich rozważań dotyczących płonicy, to wobec panującej niejasności nie udało się jednak ustalić jednolitego typu paciorkowca, któryby pod względem cech hodowli oraz zdolności wytwarzania toksyn i przeciwciał posiadał szczególne własności.

Ostatnio pogląd, że płonica przedstawia odczyn całego ustroju na toksyny powstające w gardle, zyskuje coraz więcej zwolenników. Między anginą płoniczą i anginą paciorkowcową niema zasadniczych różnic. Autor uczynił pod tym względem następujące ciekawe spostrzeżenia:

Pewna osoba w 24 godziny po jednorazowem odwiedzeniu chorego na płonicę dostaje ciężkiej anginy o cechach właściwych płonicy. Jako podejrzaną o płonicę przewozi się pacjentkę do kliniki. Objawy ogólne oraz obraz krwi przemawiały za typową płonicą — brak było jedynie wysypki — natomiast przebieg choroby odpowiadał raczej ostrej anginie paciorkowcowej.

Autor podczas swej pracy szpitalnej na oddziale płoniczym nie zachorował na płonicę, pomimo wielkiej możliwości bezpośredniego zakażenia, lecz często zapadał na anginy, do których poprzednio nie miał żadnych skłonności. Anginy te ustały odrazu po zaprzestaniu pracy na salach płoniczych. We wszystkich tych przypadkach anginy, pochodzenia płoniczego, zawsze wykrywano paciorkowce hemolityczne. Według *Jungenbluta* niektóre przypadki septycznych angin bez wysypki u ludzi z ujemnym odczynem Dicka są niewątpliwie schorzeniami o podłożu płoniczem.

Autor przeprowadził u 198 chorych na płonicę dokładne poszukiwania hemolitycznych paciorkowców w gardle, nosie i jamie nosowo-gardzielowej. Już przy pierwszem badaniu, dokonanem w poszczególnych przypadkach zapomocą mocno zgiętej pincety, udało się w 96% przypadków osiągnąć dodatnie wyniki. U pozostałych 8 chorych, za wyjątkiem jednego, przy badaniu powtórnem również wykryto obecność poszukiwanych zarazków, i wreszcie u ostatniego pacjenta dopiero trzecie badanie dało wynik dodatni. Autor uważa, że ujemne wyniki poszukiwania paciorkowców hemolitycznych u chorych płoniczych zależą tylko od błędów w technice badania.

Chociaż więc etjologja płonicy nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśniona, to na podstawie dotychczasowych badań nie ulega jednakże wątpliwości, że leczenie płonicy powinno być skierowane przedewszystkiem przeciwko paciorkowcom. Autor uważa Yatren 105 za najskuteczniejszy środek dla miejscowego zwalczania paciorkowców. Spostrzeżenia autora, dotyczące leczenia anginy paciorkowcowej zapomocą Yatrenu 105 opierają się na 100 przypadkach. Pod wpływem 8 — 12 wdmuchiwań Yatrenu 105 dziennie, czopy ropne i ogniska martwicze znikały przeważnie w ciągu jednego dnia, przyczem jednocześnie cofały się również i objawy ogólne. Paciorkowców hemolitycznych po zastosowaniu Yatrenu 105 wykazać już się naogół nie udawało. W przypadkach anginy płoniczej pokrywano zgorzelinowe miejsca Yatrenem 105 zapomocą specjalnego rozpylacza. Dolegliwości przełykowe zmniejszyły się znacznie przeważnie już po 1 do 2 godzinach; przy powtarzaniu wdmuchiwań co ⅓ — 1 godz. naloty znikały bardzo często już w ciągu kilku godzin. Skuteczność Yatrenu 105 jest przy anginach płoniczych zwykle jeszcze bardziej wyraźna niż przy Angina follicularis.

Pomyślne wyniki leczenia Yatrenem 105 paciorkowcowych spraw gardlanych nasunęły autorowi myśl wypróbowania tego preparatu również i przy płoniczych nieżytach nosa. Również i w tych przypadkach mocne wdmuchiwania Yatrenu 105 dawały częstokroć bardzo pomyślne wyniki. Wobec tego jednakże, że ten sposób stosowania wywoływał u niektórych chorych po pewnym czasie kichanie i podrażnienie kaszlowe, autor zastosował przepłókiwania nosa 1 — 2%-owemi roztworami Yatrenu 105 (8 — 10 razy dziennie) zapomocą zwykłych kaniulek do przepłókiwania nosa. Autor leczył w ten sposób około 20 przypadków cięższych lub lżejszych nieżytów nosa, przyczem znaczna większość poprawiała się w bardzo krótkim czasie. Jedynie w pojedyńczych przypadkach poprawa następowała dopiero po 8 — 10 dniach.

Dalsze badania miały na celu stwierdzenie, czy te płókania nosa są w stanie usuwać paciorkowce hemolityczne z jamy nosowo-gardzielowej ozdrowieńców po płonicy. W tym celu porównano wyniki badań bakterjologicznych dokonywanych 2 — 3 razy tygodniowo u 53 leczonych i 98 nieleczonych. Za ujemne uznawano tylko te wyniki, w których trzy kolejne badania migdałków, nosa i jamy nosowo-gardzielowej nie wykazywały już obecności paciorkowców hemolitycznych. Nie we wszystkich przypadkach udawało się w krótkim czasie

doprowadzić do ustąpienia paciorkowców, przeważnie jednak u chorych leczonych paciorkowce ginęły po 6 — 10 dniach, podczas gdy u chorych nieleczonych utrzymywały się znacznie dłużej, albo nawet na stałe. Wydzielanie prawidłowej błony śluzowej nosa zwiększa się pod wpływem Yatrenu 105 o 30 do 50 razy, co sprzyja, oczywiście, wypłókaniu i usunięciu zarazków chorobotwórczych.

Autor jest zdania, że pomyślne wyniki leczenia zapomocą Yatrenu 105 miejscowych schorzeń płoniczych, zależą od bakterjobójczego działania preparatu i pobudzenia komórek błon śluzowych do wzmożonego wydzielania, a może również i od zwiększonego wytwarzania przeciwciał.

GRUPY KRWI.

(Streszczenie zbiorowe. Referat według Ther. Berichte 1933, Nr. 12).

Nauka o grupach krwi oparta jest na spostrzeżeniu *Landsteinera*, że surowica krwi niektórych ludzi jest w stanie zlepiać czerwone krwinki innych ludzi. Bliższe badania wykazały, że istnieją dwie główne odmiany krwinek, które nazwano A i B. Krwinki te ulegają aglutynacji pod wpływem działania surowic, które zawierają tak zwane α — lub β — aglutyniny, tak że np. surowica zawierająca α — aglutyniny może aglutynować krwinki grupy A. Przy takiem ujęciu sprawy możliwe są tylko 4 grupy, które nazywamy A, B, AB i O, w zależności od tego, czy dany człowiek posiada tylko jedną określoną jako receptor własność krwinek, czy obie, lub też nie posiada ich wcale. Wobec tego zaś, że krew człowieka nie może, oczywiście, nigdy zawierać aglutynin przeciwko własnym krwinkom, to ludzie należący do grupy A mogą posiadać aglutyniny tylko przeciwko krwinkom B i naodwrót ludzie, którzy należą do grupy AB nie mogą posiadać w swej krwi żadnych aglutynin, podczas gdy osobnicy należący do grupy O mogą posiadać obie odmiany aglutynin. Zapomocą określania grup krwi można wykazać swoistość grupową wszystkich komórek i soków ustroju. Wspomniane receptory są związkami rzeczywiście istniejącemi i można je na drodze chemicznej wyodrębnić z komórek lub soków tkankowych. Bliższe własności chemiczne tych receptorów nie są jeszcze narazie znane.

Swoistość grupowa dziedziczy się według określonych praw i cechy krwinek przechodzą z rodziców na dzieci. Określanie grup krwi ma w związku z tem duże znaczenie w dziedzinie badań naukowych (etnologja), a przedewszystkiem w medycynie sądowej (wyłączenie możliwości ojcostwa, określanie pochodzenia śladów krwi). Następnie określanie grup krwi jest bezwzględnie potrzebne przed dokonywaniem przetaczenia krwi dla uniknięcia nieszczęśliwych wypadków.

O rozmieszczeniu geograficznem ludzi z różnemi grupami krwi można jedynie ogólnie krótko powiedzieć, że w miarę posuwania się ku północy i zachodowi zwiększa się odsetek grup A i O, a w kierunku na wschód i południe zwiększa się częstość grupy B.

Oprócz receptorów A i B istnieją w ludzkich czerwonych krwinkach jeszcze inne receptory, a mianowicie M i N, których wykazywanie może uzyskać wielkie znaczenie zarówno w badaniach biologicznych i etnologicznych jak zwłaszcza w medycynie sądowej. Własności te (posiadanie receptorów M i N) są podzielone między wszystkie poprzednio wymienione grupy krwi (A, B, AB i O) i są zupełnie niezależne od występowania własności A i B. Obecność receptorów M i N sprawia, że odnośne, zawierające te receptory czerwone krwinki ulegają aglutynacji pod wpływem odpowiedniej przeciwsurowicy (Anti-M-Serum, Anti-N-Serum). Cała trudność tego zagadnienia polega jednak na tem, że te aglutynujące przeciwzwiązki nie znajdują się gotowe we krwi innych ludzi, lecz należy je sztucznie wytwarzać przez uodpornienie królików krwinkami ludzkiemi, zawierającemi receptory M i N.

Wytwarzanie takich surowic jest dość trudne i zawiłe, gdyż krwinki czerwone oprócz M i N zawierają jeszcze inne receptory, przeciwko którym uodpornione króliki oczywiście również wytworzą przeciwciała. Należy wobec tego z takiej surowicy króliczej przedewszystkiem usunąć przez związanie wszystkie te aglutyniny, które uważamy w danych warunkach za niepotrzebne. W ten sposób sztucznie zamieniamy surowicę pierwotnie wielowartościową na jednowartościową, usuwając z niej wszystkie niepożądane przeciwciała. Zobojętnienia tych przeciwciał uskutecznia się przez zadziałanie krwinkami czerwonemi, zawierającemi odpowiednie receptory. Skomplikowana technika przygotowywania omawianych surowic sprawia, że muszą one z konieczności być nieco rozcieńczone.

Pomiędzy surowicami anti—M i anti—N oraz surowicami anti—A i anti—B jest zasadnicza różnica. Anti—M i N nie są to ludzkie surowice, otrzymywane od dawców, posiadających te przeciwciała w stanie naturalnym, lecz są to surowice sztucznie wytwarzane przez odpowiednie uodpornianie królików, przyczem te surowice królicze należy poddać następnie jeszcze specjalnej procedurze dla usunięcia wszystkich przeszkadzających aglutynin i pozostawienia tylko aglutynin anti —M lub anti —N.

Na podstawie tych nowych grup krwi M i N można podzielić ludzi na 3 grupy:

1. ludzi, których erytrocyty zawierają czynnik M,
2. ludzi, których erytrocyty zawierają czynnik N,
3. ludzi, których erytrocyty zawierają jednocześnie czynniki M i N.

Dokładne badania grup krwi rozszerzyły dotychczasowe 4 grupy A, B, O i AB na 6 grup, a mianowicie O, A_1, A_2, B, A_1B i A_2B. Przez różne kombinacje tych 6 grup z grupami M i N można ustalić 18 fizjologicznie odmiennych typów ludzkiej krwi. Aglutynin przeciw M i N we krwi ludzkiej, jak już wspominaliśmy, niema i z tego względu nie odgrywają one przy przetaczaniu krwi żadnej roli.

Znaczenie badania grup M i N polega przedewszystkiem na tem, że umożliwiają one znacznie subtelniejsze niż dotychczas rozpoznawanie indywidual-

nych cech krwi, co stanowi w medycynie sądowej znaczny krok naprzód, zwłaszcza w trudnej dziedzinie ustalania ojcostwa. Jeżeli np. ojciec dziecka ma grupę N, to dziecko nie może w żaden sposób być M, lecz musi bezwarunkowo zawierać grupę N, czyli być N albo MN. Zaleta tego badania polega na tem, że w tych warunkach jednoczesne badanie matki nie jest koniecznie potrzebne. W powyższy sposób jesteśmy w stanie badanie ojcostwa, dokonane zapomocą zwykłego określenia grup krwi, jeszcze dodatkowo uzupełnić przez określenie przynależności do grup M lub N, co w znacznym stopniu zwiększa ścisłość dochodzenia.

Dr. F. POLSTORFF. Zakład Leczniczy w Süchteln n. R.

LECZENIE PADACZKI.

(Referat według Therapie der Gegenwart 1932, Nr. 8).

Najwybitniejszym środkiem przeciwpadaczkowym był dotychczas Luminal. Autor w ciągu ostatnich 12 lat leczył zapomocą Luminalu 350 epileptyków. W znacznej większości przypadków wyniki były pomyślne, tak że napady występowały znacznie rzadziej i miały przebieg o wiele łagodniejszy. Przeciętna dobowa dawka Luminalu wynosiła 0,2 g. Tolerancja Luminalu była dobra, gdyż żadnych objawów ubocznych, które możnaby było uzależnić od Luminalu, autor pomimo długoletniego stosowania preparatu nie spostrzegał.

W związku z wprowadzeniem do lecznictwa nowego środka przeciwepileptycznego Prominalu, autor postanowił wypróbować ten nowy, udoskonalony preparat. Spostrzeżenia autora, dotyczące działania Prominalu, opierają się na dwuletniej obserwacji. Dawka Prominalu powinna być przeciętnie o 0,1 g większa niż odpowiednia dawka Luminalu. Chorzy leczeni Prominalem byli w porównaniu do epileptyków leczonych Luminalem o wiele mniej senni, a ich stan psychiczny był lepszy. Również i zmiany pogody oraz wpływ miesiączkowania nie wywoływały zwykle obserwowanego wzmagania się częstości i natężenia napadów. Niektórzy pacjenci, którzy przy dawce 0,1 g Luminalu nie dostawali napadów, czuli się dobrze również i przy 0,1 g Prominalu. Jeżeli pragniemy przejść z dotychczasowego sposobu leczenia na Prominal, to dla uniknięcia w tym przejściowym okresie częstego występowania napadów, należy zastępować poprzedni preparat Prominalem stopniowo, unikając gwałtownej zmiany jednego sposobu leczenia na inny. Autor zamiast każdej dawki 0,1 g Luminalu względnie 1,0 g bromu podawał 0,2 g Prominalu. Przy dalszem dawkowaniu należy się starać postępować indywidualnie i dążyć do zupełnego przezwyciężenia napadów zapomocą możliwie najmniejszej, lecz dostatecznej dawki. Tolerancja Prominalu była bardzo dobra i chorzy przyjmowali go chętnie. Żadnych objawów ubocznych autor nie

zauważył; również i chorzy nie wyrażali żadnych skarg, któreby można było uzależnić od Prominalu.

Autor podzielił swój materjał obserwacyjny na dwie grupy. Do pierwszej grupy zaliczono 25 epileptyków ze znacznem otępieniem umysłowem i rokowaniem przeważnie niepomyślnem. Grupa druga obejmowała szereg młodych kobiet z typowemi napadami padaczki, lecz jedynie z małemi zaburzeniami psychicznemi lub nawet pod względem psychicznym zupełnie zdrowych. Jeden chory zmarł wskutek choroby przypadkowej. Wyniki podawania Prominalu były w porównaniu z poprzedniem leczeniem luminalowem następujące: 8 przypadków poprawy, 11 przypadków bez zmian, 5 przypadków pogorszenia. Wobec tego, że na początku spostrzeżeń okazało się, iż w okresie jednoczesnego podawania Luminalu i Prominalu przeciętna ilość napadów w ciągu miesiąca się zmniejszała, autor zastosował u chorych, których stan się nie zmienił lub nawet się pogorszył, kombinowane leczenie Luminalem i Prominalem. Chorych takich było 16, przyczem były to przeważnie przypadki wyjątkowo ciężkie. Otóż u 7 chorych z tej grupy udało się zapomocą powyższego kombinowanego leczenia znacznie zmniejszyć częstość i natężenie napadów. W grupie drugiej, obejmującej epileptyczki bez zaburzeń umysłowych, Prominal w 8 przypadkach zmniejszył częstość występowania napadów lub ich równoważników (w porównaniu z poprzednią kuracją luminalową). Tolerancja obu leków była w znakomitej większości przypadków bardzo dobra. Jeden z chorych otrzymywał aż do 0,8 g Prominalu dziennie i znosił tę dawkę zupełnie dobrze.

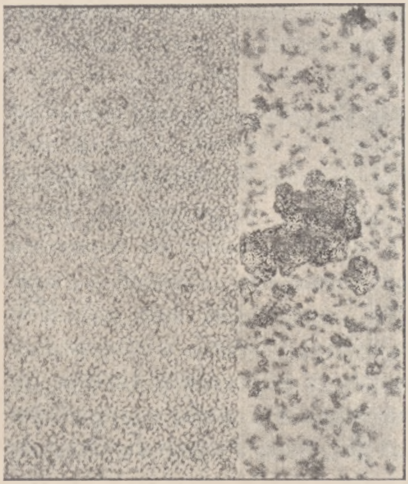
Ze spostrzeżeń autora wynika, że Prominal przedstawia znakomity środek dla leczenia napadów padaczkowych i epileptycznych zaburzeń umysłowych. Zarówno w lżejszych jak i cięższych przypadkach Prominal oddawał bardzo cenne usługi, pomimo że materjał autora składał się wyłącznie z pacjentów, którzy musieli koniecznie przebywać w zamkniętym zakładzie leczniczym. W porównaniu z Luminalem Prominal wykazuje szczególnie pomyślny wpływ zwłaszcza na nadmierną pobudliwość epileptyków. Działanie uspokajające — przy braku działania nasennego — jest szczególnie cenne dla specjalnych zakładów, przeznaczonych dla epileptyków, w których przebywają oni wspólnie w większych skupieniach. Przeciętna dawka lecznicza Prominalu wynosi 0,2 — 0,4 g dziennie.

CASBIS.

Pomimo zalet jakiemi się Casbis wyróżnia, a które polegają na znacznej zawartości bizmutu i doskonałej tolerancji, lekarze skarżyli się dość często, że przy dłuższem przechowywaniu preparatu wytwarza się osad, który jedynie z wielkim trudem można znowu przeprowadzić w stan zawiesiny. Z tego względu w pracowniach naukowych wytwórni Casbisu przystąpiono do badań, mających na celu dalsze udoskonalenie tego wartościowego preparatu. W wyniku tych żmudnych i długotrwałych badań opracowano nową

metodę wyrabiania Casbisu, która całkowicie usunęła jedyną dotychczasową wadę tego preparatu. Metoda powyższa została opatentowana i jest wyłączną własnością firmy wyrabiającej Casbis.

Dla rozstrzygnięcia zagadnienia, czy zmiany fizykalne nowej, nadzwyczaj dokładnie rozdrobnionej zawiesiny Casbisu mają wpływ na jego zachowanie się biologiczne, przeprowadzono szereg doświadczeń na królikach, którym wstrzykiwano domięśniowo większe i mniejsze dawki Casbisu. Badania rentgenologiczne wykazały, że nowy Casbis stwarza w tkankach znacznie luźniejsze skupienia niż stary.



W 24 godziny po wstrzyknięciu 500 mg starego Casbisu na kg wagi do mięśni udowych królików, stwierdza się rentgenologicznie rozlane zacienienie całego uda, usiane dużemi plamami i pasmami, dającemi nasycone cienie bizmutu.

Po upływie 8 dni zacienienie staje się mniejsze, lecz niewchłonięte skupienia występują jeszcze bardzo wyraźnie.

Nie ulega wątpliwości, że takie trudno wchłaniające się skupienia, które, jak wykazują dłuższe spostrzeżenia utrzymują się jeszcze po 3 tygodniach, mogą wywołać objawy podrażnienia tkankowego. Zupełnie inaczej zachowuje się nowy Casbis; badanie rentgenologiczne uda królika, któremu przed 24 godzinami wstrzyknięto nowy Casbis (500 mg na kilo wagi), wykazuje wyraźne zacienienie całego mięśnia, które jest jednak znacznie rzadsze. Dużych, dających nasycone cienie plam nie stwierdza się wcale.

Po 8 dniach można rozpoznać w mięśniach jeszcze lekki pasmowaty rysunek, grubszych skupień niema już jednak wcale. Klisza wykazuje wyraźnie znaczny stopień dyspersji i doskonałą równomierność podziału zawiesiny Casbisu w tkankach.

Z powyższych badań wynika, że rozmieszczenie nowego Casbisu w tkankach jest lepsze i równomierniejsze, niż starego preparatu, przyczem pożądane działanie zapasu bizmutu w tkankach nie ulega jednak zmianom.

AMPUTACJE W DAWNIEJSZYCH CZASACH.

Amputacje kończyn należą do zabiegów chirurgicznych wykonywanych już od najdawniejszych czasów. Historycy medycyny przypuszczają, że pierwszemi przyrządami, któremi dokonywano amputacyj, były kamienny nóż i kamienna piła. Już w państwie żydowskiem lekarze amputowali podobno kończyny chorych trędowatych. Czy starożytni Egipcjanie dokonywali amputacyj — niewiadomo; liczne instrumenty chirurgiczne znajdywane w egipskich wykopaliskach dowodzą jednakże, że sztuka chirurgiczna stała u Egipcjan na dość wysokim poziomie. Nie ulega wątpliwości, że w czasach starożytnych amputacja była zabiegiem, którego się bardzo obawiano, gdyż niedostateczne sposoby tamowania krwotoków i uśmierzania bólu odstraszały zarówno lekarza jak i pacjenta od dokonywania tej niebezpiecznej i bardzo bolesnej operacji.



Amputacja nogi. XVI wiek. Muzeum w Norymberdze.

Bolesność wszelkich zabiegów chirurgicznych sprawiała, że za dobrego chirurga uważano tego, kto umiał operować dostatecznie szybko. Cierpienia chorych były przeważnie straszne. Wszelkie stosowane środki odurzające uśmierzały ból jedynie bardzo nieznacznie. Dopiero wiek XIX sprowadził w tej dziedzinie kolosalny postęp, mianowicie uśpienie ogólne i znieczulenie miejscowe. Już w czasach aleksandryjskich nakładano, coprawda, na twarz tak zwane gąbki usypiające, które mogły sprawiać operowanym pewną ulgę. Gąbki te nasycano przeważnie wyciągami z makowca, lulka (Hyoscyamus), cykuty, mandragory. Działanie tych gąbek mogło polegać na tem, że chorzy połykali płyn wyciekający



Przeszczepienie nogi Araba przez Koźmę i Damjana Ditzingen, w. XV



H. v. Gersdorff: Księga polowa leczenia ran. Strassburg, 1528



H. W. Ryff. Wielka Chirurgja. Frankfurt, 1544

z gąbki albo też mogło tu również wchodzić w rachubę odurzenie drogą wziewania.

Umiejętność tamowania krwotoków stała przez długie wieki na bardzo niskim poziomie. W przypadkach wysokich amputacyj kauteryzacja przeważnie okazała się zupełnie niewystarczającą. Dopiero wprowadzenie podwiązywania tętnic na miejsce poprzedniego stosowania przypalania rozpalonem żelazem rozpoczęło nowy okres w dziedzinie leczenia ran. Wprowadzenie podwiązywania tętnic do praktyki chirurgicznej jest zasługą *Ambrożego Paré* (1517 — 1590), którego można nazwać ojcem nowoczesnej chirurgji. *Paré* interesował się chirurgją już od wczesnej młodości. Mając zaledwie 19 lat, wstąpił on w charakterze chirurga do armji marszałka *Monte Jean* i przyjmował udział w jego pochodach wojennych przeciwko *Karolowi V* (1550 — 1558). Podczas jednej z bitew chwilowy brak gorącego oleju, którym zale-



Ambroży Paré (1517—1590) podwiązuje tętnice podczas amputacji (Mauraud).

wano rany, nasunął młodemu chirurgowi myśl podwiązania krwawiących tętnic i w ten sposób zupełnie przypadkowo w ogniu krwawej bitwy zostało dokonane to wiekopomne odkrycie. Podczas pochodu w roku 1552 *Paré* stosował już ligatury przy wszelkich amputacjach.

Bartholomeus Bolognini (1477 — 1552) z Bolonji pierwszy operował w przypadkach zgorzeli w granicach zdrowych tkanek i pozostawiał płat skórny dla pokrycia kikuta.



Próba przeszczepienia nogi murzyna. XVI wiek. Włoski obraz.

Hans von Gersdorff (około 1517) ze Śląska omawia w swem podręczniku chirurgji również i wielkie zabiegi operacyjne. *Gersdorff* przeprowadzał dla większej pewności cięcie amputacyjne między dwoma nałożonemi na kończynę opaskami. Po przepiłowaniu jedna opaska naciąga części miękkie na kość i w ten sposób ją pokrywa. Krwawienie tamowano zapomocą żrącego plastra lub rozżarzonego żelaza. Skóry ani mięśni nie zeszywano, a nakładano wprost zwykły opatrunek. Na szczególną uwagę zasługuje tourniquet śrubowy i amputacja dwuczasowa *Jean Louis Petit'a* (1677 — 1750) z Paryża. Pierwszego wyłuszczenia stawowego kości udowej dokonał lekarz wojskowy *Henri François le Dran* (zmarł w r. 1770). Również i *Hugo Ravaton* był słynnym chirurgiem wojskowym; leczył on pomyślnie rany postrzałowe i zalecał dwupłatową amputację.

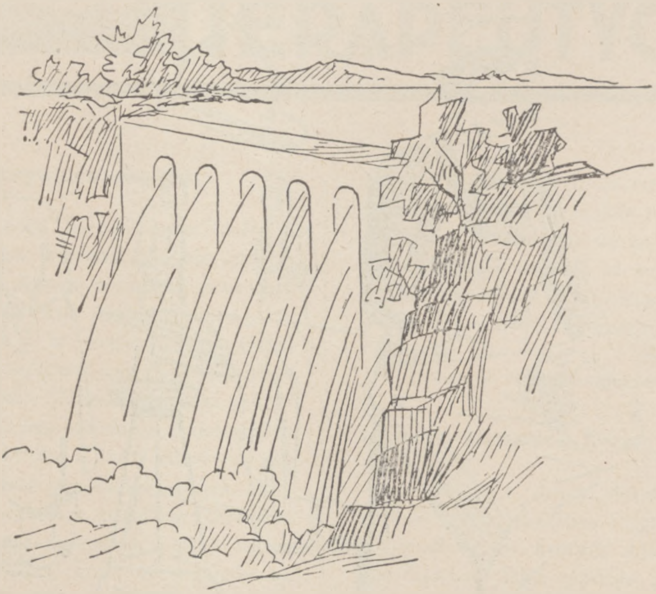
Zła technika wykonania amputacji i nadużywanie samego zabiegu wywo-



Amputacja w szpitalu dla zadżumionych w Hamburgu. Fritzsch 1758

łały reakcję przeciwko temu rękoczynowi, której najgorliwszym przedstawicielem był *Johann Ulrich Bilguer* (1720 — 1796) z Chur. *Bilguer* był przeciwnikiem dokonywania amputacji, uważając ją za zabieg bardzo niebezpieczny i groźniejszy nierzadko niż sama choroba.

Zamiast amputacji i wyłuszczania stawowego rozpowszechniały się z biegiem czasu coraz bardziej resekcje i dekapitacje, które zostały przez *Langenbecka, Stromeyera* i *Esmarcha* wprowadzone również i do chirurgji wojennej. Dalsze postępy stanowią osteotomja *(B. Heine)*, osteotomja podskórna i osteoplastyka *(Langenbeck)*. Wspomniane zabiegi operacyjne stały się możliwe jedynie dzięki odkryciu usypiających własności chloroformu, gdyż są to operacje bardzo bolesne i trudne. Szybkość techniki operacyjnej ustąpiła na plan drugi i przestała być jedną z głównych zalet chirurga, od którego zaczęto wymagać umiejętności subtelniejszych zabiegów, mogących zapewnić pomyślny przebieg operacji i ostateczne wyleczenie. Chloroform rozwiązał zagadnienie bólu podczas operacji, zagadnienie zaś krwawienia rozstrzygnął *Esmarch* przez wprowadzenie swej opaski uciskającej, która umożliwiła bezkrwawe operowanie na kończynach. Zresztą już przed *Esmarchem* udawało się coraz bardziej opanowywać niebezpieczeństwo krwawienia zapomocą skręcania tętnic (*Amussat, Thierry, Velpeau* i *Fricke*, wszyscy w roku 1829), sposobów szybkiego podwiązywania, uciskania, obkłuwania, zakładania pętli, akupunktury wzgl. galwanopunktury. W ten sposób ból i krwawienie, dwaj najwięksi przeciwnicy nowoczesnej chirurgji, przestały odgrywać swą dotychczasową najważniejszą podczas operacji rolę i jeśli nie straciły zupełnie swego znaczenia, to w każdym razie stały się czynnikami drugorzędnemi. Dalszym postępem w dziedzinie uśmierzania bólu było wprowadzenie do lecznictwa miejscowych środków znieczulających. Ecrasement wprowadzone przez *Chassaignac'a* (1858), oraz galwanokaustyka *Middeldorpffa* mają na celu udoskonalenie tamowania krwawień. Rozżarzone żelazo, jako czynnik przeciwkrwotoczny, oraz wprowadzona przez *Nelatona* w tymże celu elektroliza, zostały zupełnie usunięte z arsenału środków chirurgicznych.





NOTATKI TERAPEUTYCZNE

W sprawie spożywania owoców.

Owoce zawierają bardzo mało białka i wogóle związków azotowych i nie stawiają wobec tego dużych wymagań trawieniu żołądkowemu. Główne części składowe surowych owoców są to: woda, węglowodany, kwasy organiczne (kwas cytrynowy, jabłkowy, winny i t. d.), błonnik i związki pektynowe. Najważniejsze działanie fizjologiczne spożywanych owoców u ludzi zdrowych polega na pobudzeniu perystaltyki kiszek. Przy wszystkich schorzeniach żołądkowych, przebiegających z nadkwaśnością, i przy takich cierpieniach żołądka, które ze względu na wrażliwość śluzówki żołądka i osłabienie ruchowe mięśniówki żołądkowej źle reagują na bodźce chemiczne i mechaniczne, spożywanie surowych owoców jest przeciwwskazane. Również i prawidłowa zawartość soków trawiennych nie ma tu większego znaczenia, a dodawanie kwasu solnego w postaci lekarstwa jest niewątpliwie szkodliwe. Głównem miejscem trawienia owoców są kiszki, w których część węglowodanów ulega bezpośredniemu wchłanianiu, a część ulega fermentacji pod wpływem bakteryj. Pewna część surowych włókien owocowych również ulega fermentacji, co w kiszkach zdrowych wywołuje zjawiska fizjologiczne (pobudzenie ruchów perystaltycznych), a w kiszkach wrażliwych lub chorych objawy podrażnienia, biegunki i nieżyty. Picie wody po spożyciu owoców jest niepożądane. Owoce świeże, zerwane stosunkowo niedawno, są przeważnie łatwiej strawne niż owoce przechowywane przez pewien czas i przesyłane na większe odległości; pozatem owoce mogą ulegać podczas transportu zanieczyszczeniom i zawierać na swej powierzchni zarazki chorobotwórcze. Kwas solny soku żołądkowego unieszkodliwia przeważnie te zarazki, jednakże staranne oczyszczenie, ew. zanurzenie do gorącej wody stanowczo trzeba uważać za wskazane. Ludzie z chorym żołądkiem powinni jadać tylko owoce gotowane lub konserwy.

Prof. G. Singer,

(Mitteil. d. Volksgesundheitsamtes 1934, Nr. 12).

Uśpienie zapomocą Evipan-Natrium.

Spostrzeżenia autora dotyczą 125 przypadków czystej narkozy evipanowej oraz 75 przypadków, w których zastosowano Evipan-Natrium jako uśpienie podstawowe, a następnie dodano chloroformu lub eteru. Wiek pacjentów wahał się od 14 do 76 lat. Pomimo że materjał operacyjny (chirurgiczno-ginekologiczny) był bardzo różnorodny, ani razu nie znaleziono żadnych przeciwwskazań do stosowania narkozy evipanowej. Również i chorzy z lekkiemi powikłaniami sercowemi i płucnemi znosili Evipan-Na (przy ostrożnem dawkowaniu) doskonale. Jedynie 7 młodych pacjentów w wieku od 15 do 18 lat nie reagowało pomimo nawet stosunkowo dużych dawek (w jednym przypadku 10 cm^3) na Evipan-Natrium, tak że spokojne uśpienie udało się osiągnąć dopiero przez zastosowanie dodatkowej narkozy inhalacyjnej. Działanie uśpienia evipanowego jest u spokojnych i opanowanych pacjentów o wiele lepsze niż u chorych podnieconych, którym w drodze wyjątku można podawać również morfinę lub pantopon. Jedyną i to niewielką trudność stanowi przy narkozie evipanowej zagadnienie dawkowania. Tolerancja Evipanu-Natrium jest w poszczególnych przypadkach niejednakowa. Dawki 10 cm^3 autor zasadniczo nie przekracza. Przy

przedwczesnych ruchach obronnych i jękach operuje się spokojnie do końca, jeżeli jednak przeszkody ze strony pacjenta są zbyt wielkie, dodaje się eteru lub chloroformu. Przy dodawaniu eteru występuje czasami lekki stan pobudzenia z kaszlem i parciem, przy dodawaniu zaś chloroformu objawy te są minimalne. Już kilka gramów eteru lub 1 — 2 g chloroformu wystarczają dla dostatecznego pogłębienia uśpienia na dalsze 10 — 15 minut. Uśpienie można pogłębić również przez dodatkowe wstrzyknięcie 1 — 2 cm^3 Evipanu-Natrium. Przy operacjach, o których zgóry wiemy, że będą dłużej trwały, Evipan-Natrium nie jest wskazany. Wstrzykiwanie rozpoczynamy dopiero wtedy, gdy wszelkie przygotowania do zabiegu zostały ukończone. Pierwsze 4 cm^3 wstrzykujemy w ciągu 1 minuty, następne nieco prędzej, tak że wstrzykiwanie 10 cm^3 powinno trwać około 2 minut. Wstrzyknięcie poza żyłę nie wykazuje żadnego wpływu szkodliwego, jednakże działanie nasenne nie ujawnia się wcale. Podczas operacji należy zwracać baczną uwagę na oddech, odruchy, tętno i opadanie szczęki dolnej. W jednym przypadku szczęka dolna opadła (z powodu chwilowej nieuwagi osoby dozorującej), co wywołało stan asfiksji trwającej około pół godziny. Oddech jest na początku bardzo powierzchowny, lecz następnie powoli znowu się pogłębia. Tętno jest stale miarowe. U 8 pacjentów autor dokonywał pomiarów ciśnienia krwi. Jeżeli ciśnienie nie było przed uśpieniem wzmożone, to pozostawało ono również i podczas narkozy na stałym poziomie i wykazywało jedynie bardzo nieznaczne wahania. U ludzi starszych z nadciśnieniem, ciśnienie opadało czasami dość znacznie, a następnie podnosiło się stopniowo znowu do swej pierwotnej wysokości. Przebudzenie się następuje spokojnie i bez zaburzeń, podobnie jak i uśnięcie. Jedynie 3 chorych głośno krzyczało przy obudzeniu się. Czasami po skończonej narkozie chorzy drzemią jeszcze w ciągu kilku godzin; autor uzależnia ten przedłużony sen od istniejącego uszkodzenia wątroby, w której odbywa się odtruwanie Evipanu. Żadnych poważniejszych powikłań nie obserwowano ani razu. W przypadkach wystąpienia objawów asfiktycznych bardzo skutecznie działają kardiazol, lobelina lub kamfora, które szybko poprawiają oddech i przyspieszają obudzenie. Ustrój nie przyzwyczaja się do Evipanu. Jedną pacjentkę usypiano zapomocą Evipanu-Natrium 3 razy, przyczem nie potrzeba było zwiększać dawki, gdyż ta sama dawka zawsze wywoływała jednakowo głębokie uśpienie. Po obudzeniu się chorzy wcale nie wiedzą, co się z nimi działo, gdyż Evipan-Natrium wywołuje całkowitą amnezję.

Dr. H. Theisen.
Szpital Augustynjanek w Kolonji.
(Med. Welt 1933, Nr. 14).

Przyczynek do znieczulenia lędźwiowego w położnictwie operacyjnem

Technika znieczulania lędźwiowego, którą autor stosuje w położnictwie operacyjnem, jest następująca: w pozycji siedzącej wypuszcza się 10 cm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego, poczem wstrzykuje się powoli 3 cm^3 5%-owego roztworu Novocainy, do którego dodaje się 5 kropel Suprareniny 1 : 1000. Pacjentkom słabowitym autor wstrzykuje nieco mniej ($2^1/_2$ cm^3). Znieczulenie lędźwiowe stosowano jako zabieg leczniczy w przypadkach stanów praeeklamptycznych i przy już rozwiniętej rzucawce porodowej. Ten sposób leczniczy zastosowano u 80 pacjentek, przyczem w znacznej większości przypadków wyniki okazały się pomyślne. Jedynie w wyjątkowo rzadkich przypadkach znieczulenie, pomimo właściwej techniki, zawodziło.

Dr. B. Tausch.
Klinika Położnicza w Moguncji.
Arch. Gyn. 1933, tom 153).

Wskazówki rozpoznawcze i lecznicze w przypadkach otyłości z rozpoczynającą się niedomogą serca.

Autor wstrzykuje osobom otyłym z rozpoczynającą się niedomogą serca co drugi dzień strofantynę aż do zupełnego ustalenia się wagi i cofnięcia się wszystkich objawów niedomogi serca. Po osiągnięciu wyrównania autor dokonywa zwykle jeszcze próbnego wstrzyknięcia Salyrganu dla stwierdze-

nia, czy odwodnienie istotnie jest całkowite. Dopiero następnie powiększa się przerwy między poszczególnemi wstrzykiwaniami strofantyny (co 5 — 7 dni) i jednocześnie przeprowadza się wszelkie wskazane zabiegi odtłuszczające.

Dr. Pendl, Marienbad.
(Fortsch. Ther. 1933, Nr. 7).

O losie chorych na niedokrwistość złośliwą, leczonych w ciągu ostatnich 11 lat na klinice w Giessen.

Autor zbadał los 52 chorych, którzy, poczynając od 1922 roku, przebywali na klinice z rozpoznaniem niedokrwistości złośliwej. 21 z pośród nich leczono w okresie 1922 — 1927 bez podawania wątroby. 15 z pośród tych chorych zmarło, o losie 3 nie można było się dowiedzieć. Jedna chora z roku 1922 jeszcze żyje. Gdy ją przyjęto na klinikę miała 39 lat; obraz krwi był wówczas następujący: 44% hemoglobiny, 1,8 miljona krwinek czerwonych, wskaźnik barwny 1,2. Wypisano ją bez poprawy. Również i poprzednie leczenie arsenowe w roku 1921 nie okazało żadnego wpływu na stan pacjentki. Od tego czasu chora wcale nie zwracała się o pomoc lekarską i nie przyjmowała żadnych leków. Obecnie po 11 latach obraz krwi jest następujący: 75% hemoglobiny, 3,5 miljona erytrocytów, wskaźnik 1,1. Sok żołądkowy nie zawiera wcale kwasu solnego. Mieliśmy więc tu do czynienia z rzadkim przypadkiem samoistnej poprawy, utrzymującej się już przeszło 10 lat. Oprócz tej chorej żyje z okresu przed wprowadzeniem leczenia wątrobowego jeszcze jedna kobieta, która przebywała na klinice w r. 1925. Pomimo że od 1928 roku zaczęto ją leczyć wątrobą, stan jej jest bardzo zły i nie rokuje już dłuższego życia.

Od roku 1928 do 1930 leczono doustnie świeżą wątrobą i wyciągami wątrobowemi 16 chorych. O dwóch z pośród nich brak wiadomości, 8 zmarło, 6 żyje, przyczem jeden z 1929 roku, lecz znajduje się on obecnie w stanie rozpaczliwym. Pozostali pochodzą z roku 1930.

W roku 1931 i 1932 leczono chorych na niedokrwistość złośliwą już tylko wstrzykiwaniami wyciągów wątrobowych. Ogólna ilość spostrzeżeń z tego okresu wynosi 16. Dwaj chorzy, którzy przybyli do kliniki w końcowym stanie choroby (jeden z 0,7, drugi z 0,79 miljona erytrocytów), zmarli. Następnie zmarł jeden mężczyzna ze zmianami rdzeniowemi (Myelosis funicularis) i wstępującem zakażeniem dróg moczowych. Niedokrwistość udało się w tym przypadku przezwyciężyć, jednakże objawy rdzeniowe pomimo prawie dwuletniego, jedynie na krótko przerywanego leczenia, nie poprawiły się wcale. Część chorych reagowała dopiero po dłuższem leczeniu, niektórzy dopiero po kilku miesiącach. W przypadkach, w których nie stosowano konsekwentnego ciągłego leczenia wątrobowego, dłuższych remisyj przeważnie nie osiągano, z czego wynika, że wyciągi wątrobowe należy stosować bez przerwy. Ważną jest ścisła współpraca między kliniką i lekarzem domowym. Ciężkie przypadki niedokrwistości złośliwej kwalifikują się przedewszystkiem do leczenia szpitalnego. Dotyczy to zwłaszcza tych chorych, u których zawartość hemoglobiny opadła poniżej 20%, gdyż u takich pacjentów niezbędnem jest dokonanie przetoczenia krwi, które umożliwi zyskanie na czasie do chwili ujawnienia się działania leczenia wątrobą. Po osiągnięciu poprawy i doprowadzeniu do stanu remisji można znowu oddać chorego pod opiekę lekarza domowego, którego obowiązkiem będzie dalsze stosowanie wstrzykiwań wyciągów wątrobowych, odpowiednio do badanego co pewien czas obrazu krwi.

Dr. H. E. Büttner, Giessen.
(Münch. med. Woch. 1933, Nr. 20).

Leczenie gorączkowych poronień.

W przypadkach poronień o przebiegu gorączkowym, w których zachodzi potrzeba pobudzenia bólów, autor stosuje następujące postępowanie lecznicze: co pół godziny pacjentka otrzymuje po 0,25 g chininy, aż do zażycia dawki ogólnej 1 g. Przy drugiej, trzeciej i czwartej dawce chininy wstrzykuje się jednocześnie domięśniowo po 1 jednostce Vögtlina Hypophysiny, tak że w wyniku ostatecznym chora otrzymuje w ciągu 2 godzin 1 g chininy i 1 ampułkę Hypo-

physiny (= 3 jednostki Vögtlina). Większe dawki chininy hamują według *Schübla* czynność skurczową macicy i są z tego względu przeciwwskazane. Po wydaleniu płodu dokonywa się skrobania zapomocą tępego instrumentu.

Dr. K. Habbe,
Uniw. Klin. Położ. w Getyndze.
(Zbl. Gyn. 1933, Nr. 27).

Dożylna pyelografja u dzieci.

Już w r. 1926 autor wypowiedział zdanie, że przewlekły ropomocz u dzieci zależy zawsze od obecności mechanicznych przeszkód. Obecnie odpowiednie badania rentgenowskie, dokonane u 5 dzieci w wieku od 1/2 roku do 10 lat całkowicie potwierdziły słuszność tego zapatrywania. Jako środek kontrastowy autor stosował Abrodil w 20 lub 40%-owych roztworach lub Per-Abrodil w 35%-owym roztworze. Dawka Abrodilu wynosiła 4 — 16 g, dawka Per-Abrodilu wynosiła 1,4 — 3,5 g dożylnie. Szczególnie wyraźne obrazy rentgenowskie otrzymywano w przypadkach, w których podczas zdejmowania dokonywano ucisku podbrzusza (2 minuty do 2 godzin po wstrzyknięciu). U trojga dzieci z ropomoczem, który udało się następnie szybko wyleczyć, pyelogram był po obu stronach prawidłowy, u dwojga zaś dzieci z uporczywym przewlekłym ropomoczem stwierdzono rentgenologicznie wyraźne oznaki mechanicznej przeszkody, które następnie potwierdzono również i na drodze operacyjnej.

Dr. A. Johannessen.
(Ugesk. f. Laeger 1933, Nr. 34).

Leczenie cholery.

Od r. 1929 autor leczy cholerę zapomocą dożylnych wstrzykiwań 20 cm³ 20%-owego roztworu soli kuchennej. Wstrzykiwania powtarza się następnie po 12 i 24 godzinach. W ten sposób udaje się w większości przypadków nie dopuścić do znaczniejszej utraty wody. Od czasu gdy *Raymond* (Bull. Soc. Path. Exot. 1931) zalecił przy objawach cholerycznych stosowanie Trypaflaviny, autor wstrzykuje oprócz wspomnianych roztworów hipertonicznych również i Trypaflavinę. Przeważnie już 2 wstrzyknięcia okazują się wystarczające. Pozatem stosuje się kofeinę, kamforę, Suprareninę i ciepłe kąpiele. Dzięki powyższemu sposobowi leczenia udało się śmiertelność z powodu cholery, która według *Strümplla* waha się od 50 do 70%, obniżyć do 22%.

Dr. Massias,
Hosp. Soctrang, Kochinchina.
(Bull. Soc. Path. Exot. 1933).

Błękit metylenowy jako odtrutka przeciwko zatruciu cyjankiem potasu.

Autor opisuje przypadek pozornie beznadziejnego zatrucia cyjankiem potasu, w którym dożylne wstrzyknięcie błękitu metylenowego uratowało życie pacjenta. Pomysł zastosowania błękitu metylenowego jako odtrutki przeciwko cyjankowi potasu nasunęły autorowi prace farmakologów *P. J. Hauslika* z uniwersytetu Stanford i *C. D. Leake* z uniwersytetu Kalifornia. Uczeni ci opracowali teorję, według której błękit metylenowy i niektóre inne barwniki wykazują działanie antytoksyczne.

Dr. J. C. Geiger, San Francisko.
(I. A. M. A. 1933, Vol. 99, Nr. 23).

Leczenie wrzodziejącego zapalenia kiszek grubych.

Dla leczenia wrzodziejącego zapalenia kiszek grubych (Colitis ulcerosa) stosuje się z powodzeniem oprócz przepisów dietetycznych lewatywy z Yatrenu 105 lub Rivanolu. Yatren 105 stosuje się w 0,5 — 2%-owych roztworach w dawce 200 — 250 cm³, przyczem chory powinien się starać zatrzymać lewatywę przez kilka godzin. W przypadkach bardzo silnego podrażnienia błony śluzowej kiszek wskazane są dożylne wstrzykiwania Trypaflaviny lub też rozpoczęcie leczenia od doustnego podawania Rivanoletek (= 0,025 g Rivanolu).

Dr. H. Karo. Kobe.
(Naigai Chiryo 1932, Nr. 4).

Dystrophia musculorum.

Autor omawia historję choroby pewnej 18-letniej pacjentki, która cierpiała na Sclerodermia diffusa i Dystrophia musculorum

facio-scapulo-humeralis. Chorą leczono Suprareniną i pilocarpiną według *Ken Kuré;* wstrzykiwano jej codziennie naprzemian albo 0,2 cm³ Suprareniny (1°/₀₀), albo pilocarpinę (1%). Ogółem dokonano 50 wstrzykiwań. Skóra stała się bardziej miękka i nieco napęczniała. Sprawa chorobowa przestała postępować, drobne rozszerzenia naczyń zmniejszyły się. Wobec tego, że zanik mięśniowy i pomyślne wyniki leczenia Suprareniną i pilocarpiną przemawiają za schorzeniem ośrodków wegetatywnych, spostrzeżenia tego rodzaju dają nam ważne wskazówki co do związku między chorobami tych ośrodków i chorobami skóry. Pod względem różniczkowo-rozpoznawczym wchodzi tu w rachubę jeszcze poikilodermja; brak zmian barwnikowych, typowe na początku cierpienia objawy twardzieli skóry i przebieg schorzenia przemawiają jednak za rozpoznaniem sklerodermji.

Prof. dr. Memmesheimer, Essen.

(Ztrabl. f. Haut-u. Geschlechtskkht 1933. tom 44).

Leczenie czkawki.

Jeden z moich pacjentów, 63-letni mężczyzna, zachorował wśród objawów zawału płucnego. Po ustąpieniu pierwszych bardzo znacznych zaburzeń oddechowych pojawiła się czkawka, która w ciągu wielu dni i nocy bezustannie męczyła wyczerpanego pacjenta. Wszelkie próby przezwyciężenia tej czkawki zawiodły. Wreszcie przyszło mi na myśl zastosować Luminal (0,2). Czkawka natychmiast ustąpiła; Luminal podawałem następnie jeszcze przez pewien czas w dawkach 1 — 2 razy dziennie po 0,1 g. Wyleczenie okazało się ostateczne, nawrotów nie było.

Dr. Böckelmann,
Hamm w Westfalji.

(Ther. Ber. 1933, Nr. 6).

Dalsze badania nad glikokolową przemianą materji w przypadkach postępującej dystrofji mięśniowej.

Ludzie z prawidłową przemianą materji nie wydzielają prawie wcale podanej im kreatyny, podczas gdy chorzy dotknięci dystrofją mięśniową wydzielają ją w moczu w stopniu większym lub mniejszym w zależności od ciężkości cierpienia. Tolerancja kreatyny ludzi zdrowych jest tak duża, że zawsze przekracza wielokrotnie ilość kreatyny podanej lub tworzącej się w ustroju, podczas gdy dystrofik przy swej minimalnej tolerancji kreatyny wydziela zamiast kreatyniny kreatynę. Również i podawanie glikokolu prowadziło w przypadkach dystrofji początkowo do zwiększenia kreatynurji, a obciążenie kreatyną, jako miernik zużycia kreatyny, dawało 100%-owe wydzielanie. Jednakże w przebiegu leczenia nastąpiło znaczne zmniejszenie kreatynurji i przy obciążeniu kreatyną wydzielało się jej o wiele mniej. Pod wpływem glikokolu następuje więc poprawa wykorzystania kreatyny i zwiększenie jej tolerancji. Spostrzeżenia autorów dotyczą 9 dystrofików mięśniowych, leczonych glikokolem. U 3 stwierdzono znaczne ograniczenie nadmiernej poprzednio kreatynurji. Jednocześnie glikokol przyczynił się do poprawienia wydolności czynnościowej włókien mięśniowych, niewątpliwie ściśle związanej z odrodzeniem się anatomicznem pęczków mięśniowych.

St. Kostakow i prof. dr. A. Slauck,
Uniw. Klin. Chor. Wewn. w Bonn.

(Dtsch. Arch. Klin. Med. 1933, tom 175 Nr. 3).

Leczenie grypy u niemowląt i małych dzieci.

Autor stosował z powodzeniem Pyramidon w 100 przypadkach grypy u niemo-

wląt i małych dzieci. Niemowlętom do 1 miesiąca podawano 0,05 g, od 3 do 6 miesięcy 0,10 g, od 6 do 12 miesięcy 0,15 g, dzieciom od 2 do 5 lat 0,20 g jako dawkę pojedyńczą co 2 godziny aż do spadku gorączki, który następował już po 3-ej lub 4-ej dawce. Jeżeli ciepłota opadała poniżej 37° i utrzymywała się na prawidłowym poziomie conajmniej przez 1/2 dnia, to przerwy między poszczególnemi dawkami przedłużano do 3 godzin; jeśli stan bezgorączkowy utrzymywał się nadal, to podawano Pyramidon już tylko 3 razy dziennie (co 4 godziny). Jeżeli zaś gorączka znowu się podnosiła, to powracano do częstszego stosowania Pyramidonu. Zbyt wczesne i zbyt szybkie zaprzestanie leczenia stanowi błąd. Pyramidon podawano w 2 — 3%-owym roztworze z dodatkiem większej ilości syropu. U niemowląt ani razu nie spostrzegano żadnych objawów działania ubocznego. Jedynie u słabowitych, a zwłaszcza gruźliczych dzieci należy być nieco ostrożniejszym. Najlepsze wyniki osiągano w tych przypadkach, w których leczenie Pyramidonem zastosowano dostatecznie wcześnie, czyli odrazu na samym początku choroby; w przypadkach takich gorączka ustępowała zupełnie zwykle już w ciągu 12 — 24 godzin. W przypadkach powikłań, jak zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego, sprawy ropne, zakażenie krwi, działanie lecznicze Pyramidonu zawodzi. W przypadkach, w których pomimo dużych dawek Pyramidonu gorączka nie opada, należy zawsze doszukiwać się obecności ciężkich powikłań, które też zwykle szybko występują na jaw w postaci ropnego zapalenia opłucnej, zapalenia wyrostka sutkowego, ropnego zapalenia opon mózgowych, zakażenia krwi, ropnych przerzutów.

Dr. Petranyi,
Uniw. Klin. Pedjatr. w Szegedynie.
(Arch. Kinderheilk. Tom 98 Nr. 1-2).

Leczenie wewnętrzne ropni płucnych.

W przypadkach ropni płucnych, niewymagających koniecznie szybkiej i energicznej interwencji, stosuje *Siebert* duże dawki Salvarsanu. Autor rozpoczyna od 0,15 g, poczem szybko zwiększa dawkę do 0,45 — 0,6 g. Wstrzykiwania stosuje się z jedno- lub dwudniowemi przerwami aż do osiągnięcia dawki ogólnej 10 — 12 g. Z pośród 10 chorych leczonych w ten sposób Neosalvarsanem, trzej zmarli. Jeden z nich miał 75 lat, u drugiego podłożem choroby była cukrzyca, trzeci został z powodu bezskuteczności leczenia wewnętrznego przepisany na oddział chirurgiczny. U jednego chorego stwierdzono nadwrażliwość na Salvarsan, wobec czego trzeba było zaniechać stosowania wstrzykiwań. Sześciu chorych zostało zapomocą Salvarsanu zupełnie wyleczonych.

Dr. P. Siebert,
Oddz. wew. Szp. Miejskiego w Gdańsku.
(Fortschr. Ther. 1932 z. 8).

Czy środki na porost włosów, zawierające cholesterynę, są nieszkodliwe?

Autorzy stwierdzili w doświadczeniach na królikach, że tak zwane wody lub maści na porost włosów, zawierające cholesterynę, nie wykazują pomimo szumnej reklamy żadnego wpływu na porost włosów. Spostrzeżenia zaś na królikach, znajdujących się na wolności względnie naświetlanych promieniami lampy kwarcowej, wykazały, że omawiane środki kosmetyczne przyczyniają się nawet w pewnym stopniu do powstawania miażdżycowych zmian w tętnicy głównej i do zmian w nadnerczach. Autorzy zadają sobie pytanie, czy spostrzegane w ostatnich czasach znaczne zwiększenie się częstości objawów miażdżycowych u ludzi młodych, mogłoby mieć jakiś związek z szerokiem rozpowszechnieniem omawianych środków kosmetycznych?

Dr. Gordonoff i dr. Zurukzoglu,
Instytut Farmakologiczny w Bernie.
(Arch. Hyg. 1933, tom 109).

Ból mięśniowy przy chromaniu przestankowem i jego stosunek do bólów przy dusznicy bolesnej.

Dla rozpoznania różniczkowego między spastycznem i organicznem zwężeniem tętnic w przypadkach chromania przestankowego można korzystać z następującej prostej próby czynnościowej, podanej już dawno pzez *Lewisa*. Próba ta polega na tem, że badaną nogę nagrzewa się i przerywa w niej krążenie zapomocą odpowiedniego

ucisku; następnie określa się czas, jaki upływa od chwili przywrócenia krążenia do chwili wystąpienia odczynowego przekrwienia. Nagrzewanie jest potrzebne, aby nie dopuścić do ochłodnięcia pozbawionej krążenia kończyny, które mogłoby wywołać zwężenie naczyń. W warunkach prawidłowych oraz w przypadkach czysto spastycznych schorzeń naczyniowych odczynowe przekrwienie występuje w całej pozbawionej uprzednio krążenia kończynie w ciągu 4 sekund, w kończynach zaś z organicznemi zmianami naczyniowemi dopiero po 1,5 — 2 minutach, czyli znacznie później. Również i kończyny chorych dotkniętych objawami chromania przestankowego wykazują spóźnione występowanie odczynowego przekrwienia.

P. Rothschild,
Klin. chor. wewn. w Frankfurcie n. M.
(Z. f. Kreislaufforsch. 1933, Nr. 2).

Pantocaina — nowy środek dla znieczulania miejscowego.

Dla znieczulania powierzchniowego autor stosuje 1 — 2%-owe roztwory Pantocainy z dodatkiem Suprareniny, — dla znieczulania miejscowego 1 — 2‰-owe roztwory. Dla zabiegów w nosie stosuje się przeważnie roztwory 2%-owe. Dla ezofagoskopji stosowano oprócz spray'u z 2%-owego roztworu 8 cm³ 2%-owego roztworu do przełyku. Dla bronchoskopji stosowano roztwór Pantocainy do gardła, tchawicy i krtani, tak że można było rozpocząć tracheoskopję już po 15 minutach. Przy tonsillotomjach autor stosował znieczulenie powierzchniowe zapomocą spray'u z 2%-owego roztworu, poczem wstrzykiwał około 8 cm³ 2‰-owego roztworu po każdej stronie łuku podniebiennego. U dzieci stosowano do wstrzykiwań roztwór 1‰. Dotychczasowe doświadczenie autora dotyczy 545 operacyj dokonanych w znieczuleniu pantocainowem, przyczem ani razu nie spostrzegano żadnych przykrych objawów działania ubocznego. Autor stosował nawet wielokrotnie u dzieci w wieku około 3 lat dla znieczulenia powierzchniowego roztwór 2%-owy.

Dr. Abild, Aabenraa.
(Ugeskrift for Laeger 1933, Nr. 12).

Rivanol przy ostrem zapaleniu cewki przedniej.

Autor leczył przypadki ostrego i podostrego zakażenia rzeżączki wstrzykiwaniami do cewki moczowej 5 — 7 cm³ 0,1%-owego roztworu Rivanolu + Novocaina; w znacznej większości przypadków udawało się osiągnąć zupełne wyleczenie w ciągu 12 godzin do 12 dni. Z pośród ogólnej liczby tych 91 chorych 81 wyleczono zapomocą jednorazowego wlewania, które utrzymywano w cewce przez 5 — 10 minut. W pozostałych przypadkach zarazki przeniknęły już do cewki tylnej i sprawa chorobowa przeszła na inne narządy. Wlewania są prawie zupełnie niebolesne.

Dr. Misuraka.
(Giorn. ital di derm. e sifil. 1932, XI, Nr. 5).

Próby wywoływania przekrwienia nerek.

Autorzy opisują przypadek zatoru tętnicy udowej. Dla ściślejszego ustalenia rozpoznania wstrzyknięto do tętnicy udowej 20 cm³ Per-Abrodilu. Rentgenogram wykazał niedrożność naczynia na wysokości wgłębienia mięśni odprowadzających. W 15 minut po wstrzyknięciu noga, uprzednio blada i zimna, odzyskała swe prawidłowe zabarwienie i ciepłotę. Wstrzyknięty środek rozpoznawczy rozluźnił, prawdopodobnie skurcz naczyń, tak że stosunkowo niewielki zator posunął się dalej. Per-Abrodil posiada więc własność rozszerzania naczyń tętniczych.

W dalszych badaniach doświadczalnych na zwierzętach autorzy próbowali wykazać do jakiego stopnia Per-Abrodil może wywołać również i przekrwienie nerek. Istotnie, w krótkim czasie po wstrzyknięciu następowało przekrwienie nerek i diureza zwiększała się znacznie. Żadnych niepożądanych lub szkodliwych wpływów działania ubocznego Per-Abrodil nie wywoływał. W związku z tem spostrzeżeniem autorzy zastanawiają się, czy w przypadkach ciężkiego bezmoczu na tle ostrego i podostrego kłębuszkowego zapalenia nerek, płoniczego zapalenia nerek, a może i zatrucia sublimatem, nie byłoby wskazane zastosować leczenie Per-Abrodilem. Preparat

należałoby zastrzyknąć do aorty brzusznej. Następnie wskazane byłoby wypróbować leczenie Per-Abrodilem w przypadkach zatoru tętnicy płucnej, który przeważnie kończy się zejściem śmiertelnem; wydaje się bowiem prawdopodobnie, że przy zatorze tętnicy płucnej duże znaczenie odgrywa jednoroczny skurcz naczyń. Jeżeli już nastąpiło osłabienie czynności mięśnia sercowego, to należałoby wstrzyknąć preparat bezpośrednio do prawej komory.

Jeszcze przed powyższą pracą autorów *R. Demel* i *M. Sgalitzer* (I Chirurg. Klin. Uniw. w Wiedniu — Wien. Klin. Wschr. 1933, Nr. 33 i 34) zwrócili uwagę na działanie lecznicze rentgenowskich środków kontrastowych. Spostrzeżenia *Demela* i *Sgalitzera* dotyczą 62 przypadków arterjografji naczyń obwodowych dokonanych zapomocą Abrodilu. U 15 chorych cierpiących na Endarteritis obliterans, miażdżycę lub uporczywe skurcze naczyniowe stwierdzono niewątpliwy pomyślny wpływ leczniczy dokonanego zabiegu rozpoznawczego na sprawę chorobową. Poprawa polegała na ustąpieniu bólów i odzyskania zdolności do pracy. W niektórych przypadkach poprawa ta utrzymuje się już od 1 do 3 lat. Według *Sgalitzera* (Wien. Klin. Wo. 1934, Nr. 3) Abrodil daje nietylko dobre vazogramy, lecz w przypadkach zgorzeli skóry umożliwia nierzadko osiąganie pomyślnych wyników leczniczych.

Dr. F. Fuchs i *dr. M. Schur.*
(Wien. Klin. Wschr. 1934, Nr. 1).

Chwilowe wyłączanie nerwu przeponowego z jednoczesnem badaniem czynności oddechowej.

Wobec tego, że wyrwanie nerwu przeponowego (phrenico-exhairesis), może spowodować niespodziewaną śmiertelną niedomogę oddechową, autorzy dokonywują zawsze uprzedniego próbnego wyłączania tego nerwu zapomocą Novocainy (1%). W znieczuleniu tem można wówczas dokładnie zbadać rentgenologicznie i spirometrycznie czynność oddechową pacjenta, odbywającą się bez udziału chwilowo porażonego nerwu przeponowego. Jeżeli w tych warunkach czynność oddechowa nie ulegnie znaczniejszemu ograniczeniu, możemy liczyć, że również i phrenico exhaireza nie doprowadzi do żadnych poważniejszych zaburzeń.

Prof. dr. Th. Naegeli i dr. A. Heymer.
Klin. chirurg. i wewn. w Bonn.
(Klin. Wschr. 1933, Nr. 40).

K O M U N I K A T.

Dyrekcja „Górki" (Kolonja Lecznicza Dziecięca im. Dr. med. Rektora J. Brudzińskiego przy Zdroju w Busku, ziemia Kielecka) niniejszem zawiadamia, że z dniem 1 maja r. b. uruchomiła Kolonje Sezonowe Lecznicze dla dzieci od 6—14 lat z gruźlicą chirurgiczną lżejszego stopnia, reumatyzmem, skazami ustrojowemi etc.

Cięższe schorzenia leczone są w Sanatorjum czynnem cały rok. Przyjmowane są również dzieci nerwowe i upośledzone umysłowo, oraz cofnięte w rozwoju — do specjalnego Oddziału pod fachowem kierownictwem przy sanatorjum.

W sanatorjum — szkoła. Opłaty niskie. Dzieci pracowników państwowych za kartami skierowania lekarzy urzędowych opłacają tylko 25%.

Instytucja społeczna.

Informacje pisemne: *Busko-Zdrój, Górka. Tel. Nr. 18.*

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 478.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6. półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej". Warszawa, ul. Długa 20.